

0. INTRODUÇÃO

Este trabalho constitui-se o Relatório final do estágio realizado no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (CME-AEESMP) 2009-2011.

Nele se apresenta uma reflexão suportada pela prática clínica e elaboração de conhecimentos resultantes do perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.

O Relatório está organizado por capítulos, inicialmente é feita uma caracterização da problemática de partida, de seguida é dedicado um capítulo aos conceitos de referência, nomeadamente a definição de Doença Mental Grave, de Continuidade dos cuidados e ainda de cuidados de enfermagem à PDMG. No terceiro capítulo são descritos os contextos de estágio e as estratégias delineadas em cada um deles (Consulta de Psiquiatria, Centro de Saúde do Lumiar e Internamento de Psiquiatria – Piso 4). No quarto capítulo são descritos e discutidos os resultados obtidos à luz da evidência e das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. O quinto capítulo está reservado às questões éticas e por fim, no sexto capítulo tecemos considerações finais, designadamente implicações/recomendações para a prática clínica.

1. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA

A Doença Mental Grave designa toda a “*doença psiquiátrica, que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afecta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa*”, que compromete as capacidades cognitivas e relacionais, e por sua vez a qualidade de vida destas pessoas. Assim, é importante detectar precocemente a doença e iniciar o tratamento para que a pessoa possa conservar ao máximo a sua qualidade de vida e a sua funcionalidade (Decreto-Lei nº8/2010).

A combinação de factores biológicos, sociais, e psicológicos, e as próprias características da doença, leva a que a PDMG adopte estilos de vida não saudáveis, o que faz com que estes apresentem maior vulnerabilidade para desenvolverem doenças do foro orgânico, do que a população em geral.

A saúde física e a saúde mental são indissociáveis, e a influência de uma sobre a outra é complexa e profunda (OMS, 2001). A vulnerabilidade das pessoas com doença mental, designadamente em termos da saúde física, está hoje bem documentada e tem sido alvo de vários estudos e orientações da prática, com vista à sua protecção. Do exposto, decorre a necessidade de cuidados continuados e integrados que garantam a acessibilidade aos cuidados. Modelos adaptados de organização e gestão dos cuidados, quer dentro do mesmo dispositivo de saúde, quer entre diferentes estruturas, tais como os cuidados de saúde primários e diferenciados, são indispensáveis. Estudos mostram que uma deficiente continuidade dos cuidados (Cavalcanti *et al.*, 2009) constitui um grave problema para esta população, que deste modo vê ampliados, os seus défices e dificuldades.

Fortney *et. al* (2003) refere que a continuidade dos cuidados é caracterizada pelo “*padrão de atendimento ao longo do tempo num serviço*” e destaca o facto da maioria das pessoas com doença mental grave utilizar o sistema de saúde público, sistema este que muitas vezes é fragmentado e complexo, o que dificulta o acesso e a permanência continua das pessoas nos serviços. .

Neste sentido, torna-se importante desenvolver estratégias para promover a continuidade dos cuidados, de modo a: garantir a permanência do cliente nos serviços; garantir a permanência do cliente nos serviços quando este muda de nível de cuidados e garantir a acessibilidade da PDGM aos serviços de saúde que necessita para responder às suas necessidades de saúde.

O enfermeiro especialista está dotado de conhecimento e competência para promover a adesão ao tratamento e aos cuidados de saúde, intervindo ao nível da mudança de comportamentos, do incentivo de estilos de vida saudáveis, do treino de competências sociais através de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicoeducacionais, bem como de modelos de organização e coordenação dos cuidados que garantem a sua continuidade.

1.1 Finalidade e Objectivos

Com base na problemática de partida aqui caracterizada traçou-se a presente finalidade para o estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica:

- Implementar estratégias promotoras da continuidade dos cuidados das PDMG.

Assim, no sentido da sua consecução definiram-se os seguintes objectivos:

- Revisão da literatura sobre modelos de prestação de cuidados à pessoa com DMG e continuidade dos cuidados;
- Desenvolver estratégias de continuidade de cuidados à PDMG ao nível longitudinal – experiência de Terapeuta de Referência numa Consulta de Saúde Mental e Psiquiatria;
- Conceber e desenvolver estratégias de continuidade dos cuidados à PDMG ao nível transversal – articulação da Consulta de Saúde Mental e Psiquiatria com os Cuidados de Saúde Primários e com Serviço de Internamento de Psiquiatria;
- Avaliação do processo de implementação das estratégias;
- Efectuar um balanço das competências especializadas desenvolvidas.

2. QUADRO DE REFERÊNCIA

2.1 Pessoa com Doença Mental Grave

A Organização Mundial de Saúde (2001) define saúde mental como o “*estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere*”. Por seu lado o estado mental é determinado por inúmeros factores biológicos, individuais, familiares, sociais, económicos e ambientais (CEE, Livro Verde, 2005).

A nível mundial, mais de 12% das doenças em geral são perturbações psiquiátricas, na Europa esta prevalência ronda os 24%, das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas, sendo ainda que estas perturbações são responsáveis na Europa por 40% dos anos vividos com incapacidade, e no mundo por 31% (WHO, 2001; DGS, 2007).

O 3º Censos Nacional de 2001 (DGS, 2004) apontou as esquizofrenias como as perturbações mais frequentes nos cuidados de saúde mental (21,2%), seguidas das depressões (14,9%). As situações de esquizofrenia em ambulatório eram de 12,4% e em internamento era de 36,2%.

Os resultados preliminares de um estudo epidemiológico acerca das doenças mentais em Portugal, com a colaboração da OMS, mostram que 2 em cada 10 portugueses sofrem de perturbações psiquiátricas. Dos 3849 entrevistados, 22,9% apresentavam perturbações psiquiátricas, valores próximos dos 26,3% nos Estados Unidos (“Portugal é o país na Europa com mais perturbações mentais”, Semanário Sol, edição 15.11.2010) e muito superiores aos de Espanha (9,2%) e Itália (8,2%), sendo que mesmo nos países nórdicos, onde a taxa de doenças mentais é muito elevada, numerosos valores são inferiores aos encontrados em Portugal.

A doença psiquiátrica que mais necessita de acompanhamento psiquiátrico a longo prazo é a esquizofrenia (Kaplan & Sadock, 2007; Oliveira, 2009), que se estima afecte cerca de 1% da população mundial, o que faz prever que existam cerca de 100 000 pessoas residentes em Portugal com Esquizofrenia.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV, 4ª edição), a esquizofrenia é caracterizada pela presença de sintomas positivos tais como ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado, comportamento totalmente desorganizado ou catatônico e, sintomas negativos como o embotamento afectivo, alogia, avolição e isolamento social. A esquizofrenia é subtipificada em Tipo Paranóide, se os sintomas mais proeminentes são a preocupação com delírios ou alucinações auditivas; Tipo Desorganizado, se dominam o discurso e comportamento desorganizado, o afecto embotado ou inapropriado; Tipo Catatônico, caracterizado pela imobilidade motora, agitação extrema, negativismo extremo, peculiaridades de movimento tais como posturas inadequadas e ecolalia ou ecopraxia; Tipo Indiferenciado, quando o quadro não satisfaz os tipos anteriores e, finalmente, Tipo Residual quando há evidências contínuas da perturbação pela presença de sintomas negativos.

Os períodos de crise são vivenciados geralmente com agitação, angústia, dificuldades de interacção social e de desempenho das actividades de vida diária (Kaplan & Sadock, 2007). É frequente uma denegação face à doença, ou seja, uma ausência de *insight* e incapacidade de reconhecer o carácter bizarro do comportamento, que não raras vezes, se traduz por uma dificuldade na adesão ao tratamento.

Estudos evidenciam que a esquizofrenia se manifesta mais cedo nos homens cuja idade de início da doença se situa entre os 18-25 anos, sendo que nas mulheres se situa entre os 25-35 anos. As mulheres apresentam uma melhor adaptação pré-morbida, prevalência da sintomatologia afectiva e das ideias delirantes paranóides e alucinações, enquanto os homens apresentam mais sintomas negativos. A evolução da doença nas mulheres é tendencialmente menos grave, com menos recidivas, menos

hospitalizações, internamentos mais breves e uma melhor adaptação social e laboral (DSM IV).

Ciompi & Muller (1976, cit in Dalery & D'Amato, 2001) distinguem o início da doença, em agudo ou crónico. Assim, o início da doença é considerado agudo se a pessoa manifesta todos os sintomas necessários para o diagnóstico da doença em menos de 6 meses, e é considerado crónico se for num tempo superior a 6 meses. 70% dos casos de esquizofrenia iniciam-se com sintomas negativos, 20% iniciam-se com sintomas negativos e positivos e só 10%, com sintomas positivos, dificultando um diagnóstico precoce pois facilmente se confundem os sintomas negativos com uma *fase menos boa da vida* (Keshavan & Schooler, 1992 cit in Dalery & D'Amato, 2001). Hafner *et al.*, (1989, 1992, cit in Dalery & D'Amato, 2001) verificaram que o intervalo médio entre o aparecimento do um sintoma negativo e a primeira hospitalização, é de pelo menos dois anos. Período que diminui quando existem sintomas positivos.

São vários os factores biopsicosociais associados a um melhor prognóstico: idade de início mais tardio; início agudo; boa adaptação pré-morbida; sexo feminino; ausência de anosognosia; presença de acontecimentos precipitantes; perturbação do humor associada; história familiar de perturbação do humor e ausência de história familiar de esquizofrenia; ausência de alterações estruturais cerebrais; funcionamento neurológico normal; adesão ao tratamento com medicação antipsicótica desde o início da doença; duração breve dos sintomas na fase activa; bom funcionamento entre as crises e sintomas residuais mínimos (DSM-IV).

Do exposto podemos concluir que a esquizofrenia é uma doença bastante incapacitante, que favorece o isolamento social, a perda de autonomia nas actividades de vida diária, acarreta dificuldades no desempenho da actividade profissional, rupturas familiares e, numa fase mais avançada da doença, défices cognitivos, tais como alterações da memória. Não é usual a remissão completa dos sintomas desta doença, sendo frequente que as pessoas atingidas pela esquizofrenia, registem uma evolução estável, ou inversamente, um agravamento progressivo no sentido da incapacidade grave.

A esquizofrenia insere-se no âmbito da Doença Mental Grave, que é definida como sendo a doença psiquiátrica que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afecta de forma prolongada ou contínua, a funcionalidade de uma pessoa, comprometendo nomeadamente as suas capacidades para realizar tarefas de subsistência, se relacionar com o meio ambiente e participar na vida social (Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 Janeiro).

Este conceito coloca o enfoque na funcionalidade da pessoa e na sua inclusão e participação na vida social, e não numa dada patologia. É neste contexto, que White, Gray & Jones (2009) alertam para o facto de que apenas 21% da população com DMG em idade de trabalhar tem emprego ao invés dos 81% da população em geral.

Nos últimos 50 anos, em todo o mundo, os cuidados de saúde disponibilizados para as pessoas que sofrem de uma doença mental grave (PDMG) têm vindo a mudar significativamente. Deste modo, a Lei de Saúde Mental nº36/98, orienta-nos para a prestação de cuidados de saúde mental na comunidade facilitando a reabilitação e a inserção social da pessoa, evitando o afastamento das pessoas das suas casas, família e vida social.

As PDMG confrontam-se como estigma social e discriminação decorrentes da sua doença, favorecendo o isolamento e a exclusão social e originando um grande sofrimento à pessoa. Os hospitais psiquiátricos, enquanto serviços especializados separados dos hospitais gerais e da comunidade, favorecem esta estigmatização. Desta forma, preconiza-se a adopção de um modelo comunitário, constituído por centros comunitários, serviços de saúde mental locais em articulação com os cuidados primários e através disseminação de equipas comunitárias de saúde mental.

De acordo com o Plano de Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016: *“As perturbações mentais mais graves dão frequentemente origem à perda ou diminuição das capacidades de relacionamento, de adaptação social e de desempenho profissional”* (DGS, 2007). O imperativo é a integração destas pessoas na sociedade, adequando os cuidados às suas

necessidades, promovendo a sua autonomia e qualidade de vida, através de um processo de reabilitação que se centra na recuperação e aprendizagem de competências individuais e sociais, bem como no desenvolvimento de redes de suporte sociais adaptadas aos níveis de autonomia ou dependência da pessoa.

A saúde física e a saúde mental são indissociáveis, e a influência de uma sobre a outra é complexa e profunda (OMS, 2001). A vulnerabilidade das pessoas com doença mental, designadamente em termos da saúde física, está hoje bem documentada e tem sido alvo de vários estudos e orientações da prática que recomendam a necessidade de cuidados continuados e integrados que garantam a acessibilidade aos cuidados. Modelos adaptados de organização e gestão dos cuidados são indispensáveis, quer dentro do mesmo dispositivo de saúde, quer entre as diferentes estruturas de saúde, por exemplo, cuidados de saúde primários e diferenciados. Estudos mostram que uma deficiente continuidade dos cuidados constitui um grave problema para esta população que deste modo vê ampliados os seus défices e dificuldades (Cavalcanti *et al.*, 2009).

2.1.1 Saúde “Física” e Estilos de Vida da Pessoa com Doença Mental Grave

Os problemas de saúde física são bastante comuns nas PDMG, que tem uma elevada taxa de mortalidade, dado que, em média, morrem 10 a 15 anos mais cedo que a população em geral, registando um risco de mortalidade 2-3 vezes superior a população em geral (Newman & Bland, 1991; Phelan *et al.*, 2001; White, Gray & Jones, 2009; Hausswolff-Juhlin *et al.*, 2009). Esta taxa de mortalidade elevada resulta maioritariamente, da alta prevalência de doenças cardiovasculares, sedentarismo, tabagismo, diabetes e hipertensão nesta população.

Neste sentido, Brown (1997 cit in Hausswolff-Juhlin *et al.*, 2009) afirma que 60% das causas de morte em pessoas com esquizofrenia estão relacionadas com causas naturais, sendo que no topo estão as doenças cardiovasculares. Por seu lado, Lichtermann *et al.* (2001) concluem no seu estudo que, a diabetes mellitus, as doenças gastrointestinais, os distúrbios circulatórios e os cancros da faringe e do pulmão aumentam a mortalidade em pessoas com esquizofrenia. Segundo Jacob & Chowdhury

(2008), num estudo efectuado sobre doença metabólica e esquizofrenia confirmaram as taxas superiores de comorbilidade e mortalidade da população com esquizofrenia face à população em geral uma esperança média de vida inferior de 20%.

Vários factores contribuem para esta elevada morbilidade e mortalidade, designadamente a adopção de estilos de vida desadequados (Brown 1997), na base do desenvolvimento do vasto leque de doenças físicas tais como a diabetes, a hipertensão, a obesidade, o acidente vascular cerebral, os problemas respiratórios e alguns tipos de cancro. A saúde cardiovascular que constitui uma preocupação central tece uma relação estreita com estilos de vida não saudáveis tais como uma alimentação desadequada e sedentarismo, que conjugados com os efeitos adversos da medicação antipsicótica, favorecem o aumento de peso e a obesidade, importantes factores de risco neste grupo de doenças.

Vários estudos comprovam que o aumento de peso em pessoas que fazem terapêutica anti-psicótica é um efeito secundário desta medicação, sendo que determinados anti-psicóticos estão mais associados do que outros ao aumento de peso. Um estudo de Casey et al., (2004) concluiu que a clozapina e a olanzapina estão associadas a um ganho de peso, aproximadamente 10 vezes maior do que o efeito placebo, enquanto que o aripriazole e a risperidona estão associados apenas a 2 vezes mais do que o efeito placebo. No que se refere ao metabolismo dos lípidos, Attux, Quintana & Chaves (2007) num estudo com clientes a fazer terapêutica antipsicótica, concluíram que estes apresentavam níveis aumentados de colesterol total e triglicéridos, e níveis de colesterol HDL diminuídos, o que pode causar um aumento das doenças cardiovasculares.

Não obstante, a tendência natural para taxas elevadas de morbilidade e mortalidade nas PDMG, existem factores que contribuem para um mau prognóstico, nomeadamente factores genéticos, comportamentais e de medicação. Todavia, destacamos a importância dos estilos de vida não saudáveis, muitas vezes relacionados com sintomas da própria doença, em particular a sintomatologia negativa

que favorece o isolamento da pessoa e o sedentarismo, que por sua vez causa obesidade e conseqüentemente problemas cardiovasculares.

DurKheim (1963) definiu os *estilos de vida* como as “*maneiras de agir, pensar e sentir*”. Por seu lado Rocher (1989), definiu-os enquanto “*as maneiras de viver*”. Assim, o estilo de vida é um conceito que engloba a pessoa como um todo e em todos os aspectos da sua actividade, e traduz-se por níveis de “*satisfação, de bem-estar, competência, capacitação, aceitação social e qualidade de vida*” (Rapley, 2003 cit in Gonçalves & Carvalho (s/data)).

Os autores referem que por os *estilos de vida* envolverem todos os aspectos da acção e do pensamento humano “*são tidos como elementos estruturadores e requisitos indispensáveis à obtenção do completo bem-estar, físico, mental e social*”. Clément, (2004, 2006 cit in Gonçalves & Carvalho (s/data)) propõe um interessante modelo no qual os estilos de vida (EV) assumem como pilares da acção humana e da saúde e são o produto do conhecimento (K- *Knowledge*), dos valores (V-*Values*) e das práticas sociais (P- *Practices*), traduzindo-se na fórmula, $EV = f(KVP)$. O conhecimento (K) corresponde à literacia, metacognição e capacitação; os valores (V) são os princípios e as normas que regem a conduta do indivíduo e as práticas (P) são vistas como o processo de aplicação à vida quotidiana social e profissional.

Uma grande percentagem das PDMG com comportamentos de risco - dieta alimentar desadequada, sedentarismo, hábitos tabágicos - que a longo prazo se traduzem em problemas de saúde, podem ser explicados pela desarmonia nesta tríade (KVP). Neste sentido, são urgentes iniciativas de promoção de estilos de vida saudáveis muito concretamente para a população com DMG, uma vez que estão mais vulneráveis para contraírem doenças físicas.

Pretende-se assim, que o cliente identifique os seus comportamentos em relação a estilos de vida não saudáveis e que seja capaz de os modificar para melhorar a sua qualidade de vida. No entanto, modificar comportamentos não é tarefa fácil, sobretudo quando estes estão enraizados há vários anos. Assim, é necessário intervir com estes

clientes ao nível da promoção de estilos de vida saudáveis da mudança de comportamentos. Para este fim, Phaneuf (2005) propõe a *entrevista de ajuda de modificação de comportamentos*, fundada numa relação de respeito, aceitação e empatia que guia a pessoa para o crescimento e abertura.

A Ordem dos Enfermeiros (2003), define que no âmbito das relações terapêuticas, o enfermeiro se distingue “*pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor e estabelecer uma relação de parceria com o cliente/ família/ comunidade*”. A promoção da saúde é uma área de competências do enfermeiro de cuidados gerais, na qual o enfermeiro “*participa em iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença*”, “*aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde*” e “*actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis*.” Em síntese, o enfermeiro reúne um conjunto de competências, funções e responsabilidade necessárias para ajudar o cliente na modificação dos seus comportamentos de risco e adoptarem estilos de vida saudáveis.

São vários os factores, relacionados com os estilos de vida, que contribuem para taxas de morbilidade e mortalidade elevadas na PDMG, no entanto apenas me debruço sobre a alimentação, o sedentarismo e o tabagismo, uma vez que, apoiada na minha experiencia, estes são os factores mais presentes nesta população.

Alimentação

Henderson et al (2003), num estudo com um grupo de pessoas com DMG, verificaram que as dietas são pobres e desequilibradas no que diz respeito ao valor nutricional e à qualidade dos nutrientes, bem como um consumo de grandes quantidades de comida rápida, de elevados níveis de açúcar e de bebidas carbonatadas. Tudo isto associado a um estilo de vida mais sedentário.

Noutro estudo, Allison *et al.* (1999), registaram uma incidência de obesidade na população com esquizofrenia de 42% comparativamente com 27% da população em

geral. A obesidade é um dos problemas mais preocupantes nesta população, dada a sua associação à diabetes, à síndrome metabólica e às doenças cardiovasculares, que podem mesmo ser mortais. As dietas pobres com excesso de lípidos e défice fibras, o sedentarismo e os efeitos dos medicamentos, particularmente os neuroléticos de segunda geração contribuem para esta situação.

Como factores explicativos para este estilo de alimentação, Osler *et al* (2002), referem os sintomas negativos associados à esquizofrenia, nomeadamente a apatia, a perda de motivação e o isolamento social que contribuem para que a pessoa consuma refeições mais rápidas, por isso com menos opções de refeições saudáveis. O desemprego e o baixo poder económico pode explicar em certos casos, a opção por alimentos mais acessíveis economicamente mas com menor qualidade nutricional (Smith 1985). Hausswolff-Juhlin *et al* (2009) partilham da mesma opinião, e atribuem a explicação destas pessoas optarem por uma alimentação mais pobre, às condições de: baixo poder económico, fumadores, sintomas negativos da doença e menor disponibilidade de confeccionar os alimentos. No seu estudo, Mccreadie, RG (2003) concluiu que a dieta nesta população é rica em gorduras e pobre em fibras, e que em média ingerem menos 50% das doses de fruta e legumes recomendadas por dia.

Em conclusão, estes desequilíbrios na alimentação têm repercussões na saúde física da pessoa. Com a má alimentação surge o aumento de peso e consequentemente a obesidade que aumenta potencialmente o risco de problemas cardiovasculares, de síndrome metabólico, de hipertensão, de colesterol elevado, de diabetes e de problemas respiratórios. À obesidade acresce o estigma e isolamento social, ou seja, a pessoa que não se sente bem com o seu corpo, tem dificuldade em se expor socialmente, preferindo o isolamento e o sedentarismo. Por seu lado, o sedentarismo favorece a alimentação exagerada e/ou desnecessária o que leva a um ganho de peso corporal.

Sedentarismo

Tem sido comprovado ao longo dos anos, em vários estudos, que pessoas DMG são mais sedentárias que a população em geral. Provavelmente este facto estará

relacionado com a própria natureza da doença e dos seus sintomas, designadamente os sintomas negativos, como a apatia, que não convidam ao exercício.

Também a este nível, o desemprego e o isolamento social contribuem para que a pessoa não saia de casa e conseqüentemente não faça o exercício mínimo que a população em geral faz, por exemplo, deslocar-se para ir trabalhar, ir às compras, levar o lixo e passear um animal de estimação. Ou seja, pessoas com baixa interacção social podem ter menos oportunidades de fazer exercício físico e a consequência é o aumento de peso.

Por fim, um outro factor explicativo do sedentarismo são os efeitos secundários da medicação, tais como a sedação que contribui para a inactividade da pessoa (Hausswolff-Juhlin *et al.*, 2009). O sedentarismo por si só provoca um aumento de peso, a obesidade e todas as consequências que daí advêm e que já foram mencionadas.

Tabagismo

Tem sido objecto de estudo, ao longo dos anos, a relação existente entre tabagismo e doença mental. Vários estudos comprovam que a prevalência de fumadores é mais elevada em pessoas com Esquizofrenia do que na população em geral e mais elevada ainda que a população que sofre de outras patologias psiquiátricas (Gilbert *et al.*, 1997; Hughes, 1986; Goff *et al.*, 1992; Gopaldaswamy e Morgan, 1986).

Connolly & Kelly (2005) afirmam que 75 a 92% das pessoas com Esquizofrenia são fumadoras, ou seja, 2 a 2,5 vezes mais que a população em geral. Nos Estados Unidos cerca de 70 a 80% das pessoas com Esquizofrenia são fumadoras contrapondo-se à prevalência média da população em geral de 25% (Herrán *et al.*, 2000). Em Espanha a prevalência de tabagismo na população com Esquizofrenia foi estimada em 64% (Herrán *et al.*, 2000) e na Turquia, em 50 % (Uzun *et al.* 2003).

Apesar de o consumo de tabaco, na população em geral estar tendencialmente a diminuir, os valores permanecem inalteráveis na população com Esquizofrenia (Mc Cloughen, 2003), Segundo Connolly & Kelly (2005), a população com Esquizofrenia é

mais dependente do que a população em geral porque faz inalações mais profundas, desta forma extraem do cigarro mais nicotina para a corrente sanguínea, logo ficam mais dependentes. Segundo Herrán *et al.* (cit. in Rondina, Gorayeb & Botelho, 2004), *“a nicotina interfere no funcionamento dos sistemas neurotransmissores e exerce diversas acções neuroendócrinas, entre outros factores, o que pode influenciar o quadro psicopatológico e a responsividade do paciente ao tratamento”*, ou seja, a nicotina interfere na absorção dos fármacos, requerendo um aumento das doses de medicação a fim de obter o mesmo efeito terapêutico (Lumby, 2007).

Malone *et al.* (cit. in Hausswolff-Juhlin *et al.*, 2009), referem um dado curioso, designadamente que a taxa de pessoas com DMG que se suicidam é mais elevada nas pessoas que não fumam. Partindo dos relatos de fumadores com esquizofrenia foram identificados “benefícios do tabaco”: redução da ansiedade, efeito relaxante, redução de efeitos secundários da medicação, redução de sintomas positivos e negativos da doença, bem como à melhoria da concentração e redução da hiperestimulação (Rondina, Gorayeb & Botelho, 2004). Estes dados interpelam-nos quanto à ponderação dos benefícios e malefícios do uso de tabaco na população com esquizofrenia, no entanto não é esse o propósito deste trabalho.

De um modo geral, o uso do tabaco parece ser o resultado de diferentes factores: o tédio, a ansiedade, o baixo controle dos impulsos, o sofrimento, a inactividade e a redução dos efeitos secundários da terapêutica. A nicotina pode ainda levar a uma melhoria, momentânea, da função cognitiva e reduzir dos sintomas negativos da doença. Apesar do tabaco parecer trazer alguns benefícios psicossociais a às pessoas com DMG, não podemos ignorar o contributo para o cancro e doenças cardiovasculares.

Concluimos que o estilo de vida adoptado por cada pessoa influencia, positiva ou negativamente, a sua saúde. Apenas através destes três factores, relacionados com os estilos de vida - alimentação, sedentarismo e tabagismo - se a pessoa não tiver uma alimentação saudável e equilibrada, se não fizer exercício físico, e se fumar,

registamos um aumento drástico da probabilidade de contrair um problema de saúde, designadamente uma doença cardiovascular, .

2.1.2. Vigilância da Saúde “Física” da Pessoa com Doença Mental Grave

Outro aspecto cada vez mais referenciado na literatura, é a dificuldade acrescida das PDMG em solicitarem um acompanhamento de saúde regular, designadamente no que diz respeito à saúde física. Desta forma, registam uma menor participação quer ao nível dos programas preventivos de saúde, quer ao nível da gestão da doença, ficando mais susceptíveis de evoluir para situações de doença.

Segundo o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (Guideline NICE), os médicos de família devem, pelo menos uma vez por ano, monitorizar a saúde física das pessoas com Esquizofrenia para avaliar o risco de doenças cardiovasculares. Outra orientação destaca o dever dos Serviços de Saúde Mental orientarem a pessoa para com os cuidados de saúde primários, com monitorização da saúde física, e por seu lado, os Cuidados de Saúde Primários devem enviar uma cópia dos resultados dos exames efectuados aos Serviços de Saúde Mental.

Tosh *et al*, (2010, p.2), defendem qu as pessoas com DMG devem beneficiar de um programa de vigilância e monitorização regular da sua saúde física, que deve incluir medidas de promoção da saúde, informação à pessoa no sentido desta adoptar estilos de vida saudáveis, para não deteriorar o seu estado de saúde e não desenvolver novos problemas de saúde, para além disso deve ser garantido o acesso destas pessoas aos diferentes serviços de saúde. Através da cooperação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Serviços de Saúde Mental podem-se reduzir os riscos para a saúde física, a longo prazo. Também Robson (2007) defende que a monitorização da saúde física deve comportar sistematicamente os parâmetros de peso, altura, índice de massa corporal, perímetro abdominal, tensão arterial, glicémia capilar, dentição e capacidade visual.

Garantir que a pessoa com DMG beneficie de uma intervenção contínua dos Serviços de Saúde tanto ao nível dos cuidados de saúde mental como dos cuidados de saúde

primários, sendo que a articulação e comunicação entre os diferentes Serviços constitui uma condição essencial ao processo de reabilitação da pessoa.

2.2 Continuidade dos cuidados

Se os problemas de saúde mental, por si só, diminuem a qualidade de vida da pessoa, esta encontra-se ainda mais comprometida com a presença simultânea de outras doenças. Neste âmbito assume particular relevância os cuidados continuados integrados de saúde mental (Decreto-Lei nº 8 de 2010), que decretam a constituição de equipas multidisciplinares comunitárias para prestar apoio psicossocial, cuidados de saúde, facilitar a reabilitação, a recuperação e a integração social das pessoas com incapacidade psicossocial, assim como promover as capacidades das famílias para lidar com situações que se tornam desgastantes ao longo do tempo. Estas equipas desempenham um papel central na continuidade dos cuidados.

A Continuidade de Cuidados é um conceito complexo, que pode ser compreendido segundo várias perspectivas. Bacharch (1981 cit in Oliveira et al 2008, pg 709) define a continuidade dos cuidados como o “*processo que envolve o movimento ordenado e ininterrupto de pacientes entre os diversos serviços de prestação de cuidados*”, ou seja, pressupõe que o cliente receba os cuidados de uma forma continuada, o que implica serviços capazes de o manter no sistema ao longo do tempo, sem interrupções no contacto.

O autor diferencia duas concepções de continuidade dos cuidados, a *continuidade transversal* que se refere, à “capacidade dos serviços manterem contacto com o paciente quando ele muda de nível de assistência” e a *continuidade longitudinal*, “quando o paciente consegue chegar ao serviço, e este último consegue mantê-lo em tratamento ao longo do tempo”. (Bacharch, 1981 cit in Oliveira et al 2008, pg 714)

Desta forma, podemos concluir que, a *continuidade transversal* se refere a um âmbito mais *macro* da continuidade, por exemplo ao longo da Rede dos Cuidados de Saúde, o que implica assegurar que a pessoa recebe cuidados articulados dos diferentes

Serviços (Serviços de Saúde Mental, Cuidados de Saúde Primários, por exemplo), sem que exista uma ruptura. A *continuidade longitudinal*, refere-se a um âmbito mais *micro, tal como a* continuidade dos cuidados dentro de um mesmo Serviço, para promover esta continuidade contribui o facto de a pessoa ser acompanhada por um profissional de referência, por exemplo o terapeuta de referência.

Por seu lado Stuart & Laraia (2001), definem a continuidade de cuidados sobretudo segundo uma *perspectiva longitudinal*, ou seja, como uma forma de assistência à pessoa, ao longo do tempo num processo que decorre entre, profissionais de saúde e a pessoa que necessita de cuidados. As autoras enfatizam os benefícios desta metodologia, através da qual podemos oferecer aos clientes, às famílias e às comunidades, a capacidade de aumentar as suas competências, a flexibilidade e a sua saúde, em vez de simplesmente tratar a doença. A continuidade dos cuidados implica assim, trabalhar com os clientes não só nos momentos de crise, mas também, na manutenção do seu tratamento e na promoção da sua saúde.

Por seu lado a Rede Nacional de Cuidados Integrados (DL nº 109/2006, p. 3857), define a continuidade dos cuidados segundo uma *perspectiva transversal*: “a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social”. Sendo que Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental são definidos como “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde mental e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (DL nº 8/2010;p.258).

Vários autores têm tentado definir e chegar a um consenso quanto a indicadores sensíveis à continuidade de cuidados. Neste âmbito Fortney et. al (2003), num estudo sobre a continuidade dos cuidados proporcionada pelos serviços ambulatoriais da rede pública de Houston a pessoas com DMG, com ou sem domicílio fixo, definiram cinco dimensões distintas da continuidade dos cuidados: (1) frequência das consultas, (2)

quantidade das consultas, (3) variedade do tipo de serviços recebidos durante as consultas, (4) a consistência do local das consultas, (5) ter um gestor de caso.

Estes autores defendem a importância destas medidas de continuidade quer para avaliar os sistemas de atendimento, quer para caracterizar o padrão de utilização dos serviços de cada indivíduo. Identificar os grupos com maiores necessidades em termos da continuidade e portanto com maiores riscos em termos de saúde e sociais, permite aos profissionais de saúde intervir de modo preventivo e correctivo. Estas medidas de continuidade devem contemplar igualmente medidas subjectivas, isto é, segundo a perspectiva do cliente e não unicamente dos profissionais e serviços de saúde (Fortney et. al, 2003; Oliveira et al, 2008).

Garantir a continuidade dos cuidados à população com doença mental é uma tarefa que exige muito empenho e que não é fácil de realizar. Para garantir esta continuidade é necessário um envolvimento permanente dos serviços e das equipas, é importante que os cuidados sejam tendencialmente prestados pelo mesmo técnico, nomeadamente sempre pelo mesmo enfermeiro (Bachrach (1981 cit in Oliveira et al, 2008; Johnson *et al*, 1997).

2.2.1 Modelo de Terapeuta de Referência

Na bibliográfica coexistem diferentes modelos de organização e coordenação de cuidados, sendo os mais comuns, o modelo de terapeuta de referência (TR) e o modelo de gestor de caso (*case management*). Apesar de partilharem uma área de interacção e funções comuns, estes modelos diferem em alguns aspectos e de acordo com Prata (2008) têm origens diferentes: o *TR* surge através da terapia institucional, aposta no vínculo e na continuidade dos cuidados e organiza as várias respostas oferecidas dentro da instituição; o *gestor de caso* tem a sua génese no trabalho social, e surge da necessidade de acompanhar na comunidade, pessoas desorganizadas tanto a nível psicológico como a nível social, e tem o objectivo de garantir que essas pessoas usufruam dos serviços necessários.

Também Herrick & Bartlett (2004), situam a emergência do modelo de gestor na década de 50, nos EUA após a segunda guerra mundial para colmatar as necessidades dos militares a nível social, de saúde e de saúde mental. Nos anos 70, com a desinstitucionalização das pessoas com DMG, esta necessidade voltou a registar um aumento, enquanto resposta às necessidades de integração psicossocial e de acesso à rede de cuidados de saúde e social.

A actual política comunitária de Saúde Mental portuguesa, torna essencial garantir a continuidade dos cuidados em todo o sistema de saúde. Assim, se a pessoa necessita de cuidados de vários intervenientes, faz todo o sentido que exista uma figura que reúna toda a informação acerca do cliente e que articule as partes (Mânica & Tessmer, 2007). Em Portugal, optou-se pela designação de TR (RCNRSSM, 2007-2016, p. 68). O modelo de TR aplica-se a pessoas com doença, desorganizadas a vários níveis, e que não tenham suporte familiar ou social necessário para as ajudar no acesso aos cuidados e tratamento. É um método de coordenação de cuidados e é um dos modelos mais adequados para garantir a continuidade dos cuidados à pessoa.

Neste modelo de intervenção, o TR tem uma visão global de todo o percurso do cliente, sendo o ponto de referência para os cuidados, reunindo a informação de todos os intervenientes no processo de reabilitação (CMSA, 2006; Prata 2008). Representa ainda uma figura de ligação entre o cliente e os diversos intervenientes no projecto terapêutico. Desta forma, o TR aparece no sentido de, organizar e facilitar o acesso aos cuidados e envolver outros intervenientes, no processo terapêutico, para dar resposta às necessidades da pessoa.

DE um modo amplo podemos afirmar que são funções do TR: construir uma aliança terapêutica entre a instituição e o cliente, trabalhar a motivação para o projecto terapêutico e sua organização, articular com os diferentes intervenientes, promover a adesão à terapêutica, garantir a continuidade dos cuidados, garantir que o cliente tem acesso às intervenções necessárias, prevenir e controlar as recaídas, reorganizar o projecto terapêutico sempre que se justificar, avaliar e monitorizar a evolução do projecto terapêutico.

Para além das funções de organização e orientação no projecto terapêutico já enunciadas, destacam-se as funções terapêuticas associadas ao vínculo - relação de proximidade, de confiança e intimidade – da motivação do cliente para a mudança, dos significados das acções e das reacções do cliente -. A função de vínculo, porque é suposto que o TR estabeleça uma favorecendo assim a ligação entre o cliente e o terapeuta de referência, instituição e projecto terapêutico.

Assim, segundo a perspectiva de Prata (2008), o TR para além de coordenar e organizar as intervenções, também intervém, através da relação de confiança que estabelece com o cliente, o que lhe permite compreender as dificuldades da pessoa sendo útil para o seu desenvolvimento. Para o autor é esta componente interventiva que distingue o TR do gestor de caso.

Apesar de fazer parte das funções do TR, coordenar, organizar e intervir isso não significa que seja o TR responsável por executar todas as intervenções previstas no projecto terapêutico: *“não é responsável pela execução de todas as actividades previstas no projecto terapêutico, mas deve estar ciente e acompanhar, ainda que à distância, a evolução do paciente no curso das actividades desenvolvidas (...)”*. Para Furtado (2001, cit in Mânica & Tessmer, 2007), o papel do TR prende-se ao planeamento, acompanhamento e avaliação do conjunto das intervenções terapêuticas que fazem parte do projecto de reabilitação do cliente.

O TR pode ser qualquer profissional de saúde, no entanto na história de coordenação de cuidados os enfermeiros estão na linha da frente, desde sempre. Adam (1994, cit in Sequeira & Lopes (2009) considera que no contexto das profissões de ajuda é a partir da sugestão, da necessidade expressa pelo Outro (ou interpretada pelo enfermeiro) e da sua avaliação da utilidade dos cuidados que a enfermagem se legitima enquanto prática individual e socialmente útil.

Através dos modelos de coordenação de cuidados pretende-se que a pessoa com DMG receba os cuidados adequados às suas necessidades no âmbito da comunidade;

melhorar a qualidade de vida através de uma maior independência da pessoa; evitar/controlar as crises; diminuição das idas às urgências; evitar internamentos; os internamentos sejam de menor duração (Herrick & Bartlett, 2004)

È neste contexto que situamos os cuidados de enfermagem, que têm como foco de atenção, a promoção de projectos de saúde, designadamente, a prevenção da doença, a promoção dos processos de readaptação, procurando satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, bem como a adaptação funcional aos défices e a múltiplos factores, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (OE, 2001).

2.3 Cuidados de enfermagem à pessoa com DMG

O conhecimento em enfermagem é socialmente construído no contexto das interacções que acontecem entre o enfermeiro e o cliente, sendo que os “cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE; 2003, pg 8). Ao longo deste processo, enfermeiro e cliente têm experiencias de vida e regem-se por um quadro de valores e crenças individuais. A relação terapêutica que se estabelece constitui a base do trabalho clínico desenvolvido, na qual o enfermeiro se distingue pela sua formação, experiencia e deontologia, que suporta a sua tomada de decisão.

Para Phaneuf (2005), os cuidados e a competência em enfermagem exige muito mais que um saber técnico, teórico e organizacional. Os cuidados de enfermagem visão proporcionar ao cliente um maior bem-estar, para tal o enfermeiro não pode limitar a sua intervenção tratando simplesmente da doença, é necessário um grande envolvimento afectivo e contemplar o cliente numa perspectiva holística.

È este envolvimento afectivo que o cliente, nem sempre, encontra noutros profissionais de saúde, segundo Benner (2001), os clientes procuram no enfermeiro um tipo de ajuda que não esperam receber de outros profissionais. Os enfermeiros representam

os profissionais mais habilitados a prestarem ajuda ao cliente, tanto no seu processo de reabilitação da doença como no seu processo adaptativo às situações de vida.

Patrícia Benner (2001) concebeu sete domínios para os cuidados de enfermagem, que serviram de base para a minha intervenção junto da PDMG, são eles: a função de ajuda; a função de educação, de guia e orientação; a função de diagnóstico e de acompanhamento do doente; a tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida; a administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos; assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados; as competências em matéria de organização e de repartição das tarefas. No entanto destas sete domínios que se constituíram como mais organizadores para a minha prática de cuidados.

Função de ajuda

Segundo a autora a função de ajuda incorpora várias competências. O enfermeiro adquire a competência de estabelecer uma relação com o cliente que favoreça o processo de cura transmitindo-lhe esperança, compreendendo a sua dor e ajudando-o a aceitar um apoio social, emocional ou espiritual. A presença torna-se essencial neste processo de ajuda, por vezes não é necessário falar, é simplesmente necessário estar presente, para que o cliente sinta que o enfermeiro é uma pessoa/profissional a quem pode recorrer.

O enfermeiro deve ter a capacidade de identificar no cliente a sua energia e capacidade de melhorar, e utilizar esses factores a favor da recuperação do cliente, ou seja estimular o cliente a controlar a sua própria recuperação e fazer com que ele próprio encontre o caminho da recuperação.

Nesta função de ajuda torna-se crucial implicar e informar as famílias acerca do estado de saúde do seu familiar bem como lidar com alguns pormenores e sintomas da própria doença, ajudando desta forma a recuperação do cliente.

Em fases de alguma confusão ou desorganização por parte do cliente, a enfermeira assume uma função de guia e serve de mediador para ajudar o cliente a caminhar em

direcção à realidade. Nesta tentativa de guiar o cliente para a realidade o enfermeiro actua como mediador psicológico e cultural, utilizando objectivos com fins terapêuticos, mantendo um ambiente seguro.

Função de Educação e de Guia

Neste domínio pede-se ao enfermeiro que tenha a competência de avaliar a fase em que o cliente se encontra, ou seja, perceber se está no momento certo para aprendizagem. Para educar o cliente é necessário que ele esteja disponível e receptivo a uma aprendizagem, caso contrário toda a intervenção será em vão. Neste sentido, é importante que o enfermeiro perceba como o cliente vive e interpreta a sua doença, para facilitar a sua intervenção.

Depois do enfermeiro ter a percepção de como o cliente vive a sua doença, é necessário, transmitir a informação necessária para a compreensão da sua doença e a explicação dos tratamentos e cuidados de enfermagem. Nesta fase o enfermeiro avalia e doseia a informação transmitida conforme a capacidade de compreensão e estado do cliente, pois ele pode não estar preparado para receber toda a informação. Nesta transmissão de informação é importante que o cliente fique ciente da dinâmica da sua doença e quais as implicações que ele tem a sua vida quotidiana, para se possa ajustar os seus estilos de vida nesta fase da sua vida. O enfermeiro tem uma intervenção activa, ajudando o cliente na adaptação a estilos de vida saudáveis, promovendo a qualidade de vida destas pessoas.

Ainda neste domínio, surge a função de guia: tornar abordáveis e compreensíveis os aspectos culturalmente inacessíveis. Segundo Benner (2001) existe um determinado número de temas que se evitam falar neles, como por exemplo, a doença, a morte, a dor, por serem temas tabu e por ser difícil falar deles. O enfermeiro adquire competências para poder abordar estes assuntos de forma a dar-lhes uma compreensão aliviando o sofrimento inerente a estes temas difíceis, encontrando estratégias para melhorar a sua situação de saúde. Assim, Benner (2001) denomina esta competência, guiar em cuidados de enfermagem.

Função de Diagnóstico e de Vigilância

Nas últimas décadas a enfermagem tem ganho terreno na área do diagnóstico e da vigilância do cliente. Com o aumento do número de doenças e de tratamentos o enfermeiro tem uma função importante no diagnóstico precoce de sinais e sintomas de alerta e ainda na sua vigilância.

Para Benner (2001), há muito aprender com as enfermeiras especialistas, uma vez que estão mais próximas do cliente e estão mais tempo com ele, por isso, têm a capacidade e competência para detectarem sinais de alerta, têm um sentido de observação e avaliação mais apurado. Diagnosticando atempadamente uma situação de crise, podem intervir precocemente, evitando o evoluir da doença e muitas vezes evitar um internamento.

A vigilância assume também um papel importante na reabilitação e manutenção do estado de saúde do cliente, o enfermeiro está vigilante em relação aos sinais e sintomas manifestados pelos clientes. Por norma, o cliente faz medicação, e esta causa efeitos secundários para o organismo, como tal é necessário a vigilância destes efeitos secundários e monitorizar alguns sinais para prevenir complicações.

Para podermos detectar as alterações no cliente, é necessário, em primeiro lugar, conhecer o cliente e as suas características pessoais, para podermos identificar as mudanças. Estas mudanças podem ser detectadas de diversas formas, nomeadamente, alteração dos sinais vitais, alterações no comportamento, variações do humor, desarranjo pessoal, estando estas alterações mais direccionadas para a área da psiquiatria. Por exemplo, sabemos que o uso de anti-psicóticos aumenta o risco de hipertensão, diabetes, síndrome metabólica, logo, a importância da avaliação dos sinais vitais e da realização de análises clínicas para vigilância de sinais de alerta do desenvolvimento destas doenças.

Neste sentido, é essencial uma avaliação atenta por parte do enfermeiro, é necessário estar desperto para qualquer sinal de alarme que seja indicativo de uma descompensação ou crise, bem antes de se confirmar um diagnóstico.

Através da observação e avaliação atenta do cliente, o enfermeiro tem a competência de antecipar os problemas, e desta forma pensar como agir no futuro. Por exemplo, quando um cliente apresenta sinais precoces de alerta (que podem variar de cliente para cliente), anda mais irritado, com dificuldade em adormecer, sente-se desconfortável na rua, tem maior dificuldade em sair de casa, sem vontade de ir ao emprego ou escola, entre outras coisas, a minha experiência e conhecimento dizem-se que é necessário intervir. Informar o médico para atender o cliente, para possível reajuste da terapêutica, intervir junto da família no sentido de ajudar a superar esta situação e de perceber quais os membros da família que podem ajudar na recuperação e restabelecimento do estado normal do cliente, e intervir junto do cliente, no sentido de perceber o que ele está a sentir, quais as suas dificuldades e como podemos ultrapassá-las.

Ainda neste domínio, Benner (2001) incentiva a avaliar o potencial de cura do cliente e responder às diversas estratégias de tratamento. O enfermeiro deverá adquirir a competência de avaliar o potencial de recuperação do cliente, ou seja avaliar as competências, as capacidades e a motivação do cliente para o tratamento. Benner (2001), fala na importância do enfermeiro partilhar a sua avaliação em equipa e interceder pelo cliente se necessário. Esta avaliação é bastante importante no estabelecimento de objectivos e estratégias de tratamento. Por exemplo, o enfermeiro pode pensar que para o processo de reabilitação do cliente era importante procurar um emprego, mas o cliente ainda não se sente capaz para um passo tão importante e grandioso. Ou seja, se não for avaliado o potencial do cliente, corremos o risco de estar a por em prática os nossos objectivos e não os o cliente.

Capacidade de Organização e de Distribuição de Tarefas

Este domínio torna-se cada vez mais importante na área da saúde e gestão dos cuidados e apela aos enfermeiros a capacidade de se organizarem no trabalho, estabelecendo prioridades para conseguir dar resposta às necessidades de todos os clientes que tem a seu cargo. Para Benner (2001), o enfermeiro perito aprende a *organizar, planificar e coordenar as diferentes necessidades e solicitações dos*

doentes, e a adaptarem incessantemente as suas prioridades às mudanças constantes do seu estado.

Benner (2001), fala ainda da competência de construir e consolidar uma equipa de saúde para prodigializar os melhores cuidados. Todos os membros da equipa de saúde que intervêm no processo de reabilitação do cliente devem manifestar o seu ponto de vista em relação ao potencial de recuperação do próprio. Esta partilha de informação é bastante importante para ter uma visão global e holística do cliente, uma vez que cada profissional terá uma concepção diferente acerca da mesma pessoa. O trabalho em equipa é benéfico para o cliente, uma vez que são discutidas em equipa diferentes abordagens em relação ao tratamento, até chegarem a um consenso no que diz respeito ao tratamento.

Para a organização do trabalho é essencial planificar os acontecimentos, dando prioridade aos mais necessitados, em situação de sobrecarga de trabalho é necessário estabelecer prioridades e avaliar quais os cuidados mais urgentes. O enfermeiro deve possuir também a capacidade de antecipar momentos de maior sobrecarga de trabalho e organizar pormenores que facilitem os cuidados nos momentos de maior afluência. Por exemplo, no meu serviço sei que á 2ª feira é um dia em que tenho bastantes pessoas para atender, como tal, antecipadamente certifico-me que tenho todo o material e medicação necessária, disponível na sala de trabalho, para não perder tempo à procura ou adquirir material na hora de maior afluência.

Para haver organização e coordenação dos cuidados é fundamental existir um bom ambiente dentro da equipa. É mais provável garantir a continuidade dos cuidados em equipas que comuniquei e que tenham um bom ambiente entre eles do que numa equipa onde existe mau ambiente. Como tal, para garantir a continuidade dos cuidados é exigido uma boa coordenação do trabalho em equipa, para eu não haja, perdas de informações, perguntas desnecessárias, cuidados repetidos entre outras coisas, que para além de originarem descontinuidade nos cuidados, também faz com que os enfermeiros desperdicem tempo a realizarem intervenções que já foram efectuadas.

3. ACTIVIDADES E ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS

Através da revisão da literatura e da minha experiência enquanto enfermeira a prestar cuidados à PDMG, pude constatar que existem défices de continuidade dos cuidados a esta população. Um número significativo de clientes não tem um profissional de referência, que reúna toda a informação, coordene e organize os seus cuidados, favorecendo, entre outros, a adesão ao tratamento e a aceitação e gestão da sua doença. Para além de não existir esta figura de referência, os diferentes profissionais de saúde trabalham frequentemente de modo desarticulado, muitas vezes, sem partilharem informações, obstáculo à continuidade dos cuidados.

Como é consensual, as pessoas que se confrontam com uma doença crónica vivem dificuldades ao nível da aceitação da doença, da adesão ao tratamento e da procura de cuidados de saúde. Se não existir um fio condutor nos cuidados, por exemplo através de terapeuta de referência, facilmente a PDMG descontinua os cuidados, com consequências nefastas ao nível da sua saúde e qualidade de vida.

Neste campo os cuidados de enfermagem podem fornecer um contributo importante para a continuidade dos cuidados e para o trabalho de equipa em que o enfermeiro assume o desígnio de estabelecer e manter relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restantes equipas, valorizar os papeis e as capacidades de todos os membros equipa de saúde e social, rever e avaliar os cuidados com os membros da equipa de saúde (OE, 2003). A natureza dos cuidados de enfermagem, permite ao enfermeiro um contacto contínuo e de grande proximidade com o cliente e outros significativos, tanto a nível do internamento, ambulatório e comunitário. Temos ainda como atributos do enfermeiro especialista um vasto conhecimento em contexto de prática clínica que lhe permite identificar as necessidades do cliente e intervir em todos os contextos de vida e actuar a vários níveis de prevenção (OE, 2009).

Para levar a cabo a finalidade traçada para este estágio, definiu-se que este decorreria em contexto de Consulta de Psiquiatria (continuidade longitudinal), num Centro de Saúde da área de abrangência da mesma, bem como numa Unidade de Internamento

também da mesma área (continuidade transversal). A Instituição seleccionada foi aquela onde exerço a minha profissão de enfermeira. Esta opção resultou de alguns constrangimentos pessoais que limitaram a minha mobilidade, mas que tentei transformar em linhas de força, mobilizando os meus conhecimentos da estrutura e culturas organizacional para o desenvolvimento dos objectivos a que me propus.

Assim, os contextos de estágio foram a Consulta de Psiquiatria do CHLN-HSM onde desenvolvi com sete clientes a experiencia de terapeuta de referencia (continuidade longitudinal), e o Centro de Saúde do Lumiar e Serviço de Internamento Psiquiatria Piso 4 para conceber e desenvolver estratégias promotoras da continuidade dos cuidados transversal.

Esta intervenção teve por objectivo desenvolver competências ao nível do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, nomeadamente na gestão dos cuidados, onde o enfermeiro, gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação com a equipa multiprofissional, e adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a optimização da qualidade dos cuidados (OE, 2009).

3.1 Consulta de Psiquiatria e Saúde Mental do CHLN-HSM

A Consulta Externa de Psiquiatria e Saúde Mental está inserida no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Departamento das Neurociências, sendo que o espaço físico se situa em Lisboa no CHLN-HSM.

Os cuidados estão organizados por zonas geodemográficas, sendo abrangidas 11 freguesias do Concelho de Lisboa: Campo Grande, Alvalade, Carnide, Charneca, Nossa Senhora de Fátima, Lumiar, Ameixoeira, São Domingos de Benfica, Benfica, S. João de Brito, Campolide. A Consulta funciona de 2ª a 6ª feira, no horário das 8h às 18h. As consultas estão divididas por especialidades de Psiquiatria, sendo que estão organizadas da seguinte forma: Psiquiatria Geral, Gerontopsiquiatria, Doenças do

Comportamento Alimentar, Etilo-Risco, Toxicodependência, Pedopsiquiatria, Ansiedade e Stress, Adolescência e Núcleo de estudos suicidas.

A Consulta de Psiquiatria articula-se com várias estruturas da Rede de Cuidados, nomeadamente com os Serviços de Internamento de Psiquiatria, Piso 3 e Piso 4; Centros de Saúde abrangidos pela área geodemografica, sendo eles, Centro de Saúde do Lumiar, Benfica, Alvalade e Sete Rios; Fóruns Sócio-Ocupacionais, tendo o Fórum Sol Nascente uma parceria directa com o Serviço de Psiquiatria, no entanto existe articulação com outros Fóruns da concelho de Lisboa; Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; Instituto de Reinserção Social

A equipa multidisciplinar é constituída por 3 enfermeiros e uma Enf^a Chefe, duas assistentes operacionais, três administrativas. Para além destes profissionais, que estão em tempo integral (2^a a 6^a feira), também intervêm na Consulta, 17 psicólogos, 50 psiquiatras e 3 assistentes sociais, em diferentes momentos durante a semana (2^a a 6^a feira).

Quanto à Estrutura física, a Consulta é constituída por: uma sala de espera com casa de banho para os clientes, um balcão administrativo, uma sala de enfermagem com uma outra sala anexa, um gabinete da Enf^a Chefe, dez gabinetes de consulta, uma copa, casa de banho para os profissionais e uma sala de reuniões.

Os espaços destinados aos cuidados de enfermagem são a sala de enfermagem, sala de espaço reduzido, com uma zona de preparação e administração de terapêutica, uma secretaria com computador para efectuar registos e atendimento aos clientes. A sala anexa à sala de enfermagem, é um espaço ainda mais reduzido, com um balcão com um computador, para efectuar registos, sanita (para realizar testes à urina) e uma janela que dá acesso à sala de espera, para administração de metadona aos clientes de toxicodependência. Ambas as salas têm constrangimentos em termos de espaço e de privacidade. Apesar do esforço constante dos enfermeiros em manter o máximo de privacidade nas suas consultas de enfermagem, são recorrentes as interrupções feitas

por outros elementos da equipa multidisciplinar, quebrando muitas vezes os momentos de intimidade do cliente.

Na Consulta e relativamente à missão de enfermagem, é dado um particular enfoque à qualidade dos cuidados prestados e à continuidade dos cuidados às populações abrangidas. Definiram-se como funções de enfermagem: participar na avaliação de saúde das PDMG; dar suporte à pessoa e família nas actividades de vida que se encontram afectadas; conhecer e utilizar a rede de apoio e suporte social; colaborar na organização e formação de redes de suporte na comunidade; assegurar a continuidade dos cuidados promovendo o desenvolvimento de parcerias; individualizar o atendimento; e melhorar as condições físicas da sala de espera (Manual da Consulta, 2006).

No que diz respeito ao modelo de prestação e gestão dos cuidados de enfermagem não existe um único modelo desenvolvido de modo rigoroso, no entanto, dentro do grupo de PDMG é utilizado o método de enfermeiro de referência, no qual cada enfermeiro é responsável por um dado número de clientes. Ambos os enfermeiros são responsáveis pela gestão da medicação, adesão ao tratamento e prevenção de recaídas destes clientes, nomeadamente aquelas que fazem terapêutica injectável.

Para além da intervenção junto das pessoas com DMG, os enfermeiros participam em diversas actividades terapêuticas, nomeadamente: participação nos diferentes grupos terapêuticos (toxicodependência, alcoolismo, familiares de pessoas com doenças do comportamento alimentar); gestão do tratamento e prevenção de recaídas das pessoas com toxicodependência e alcoolismo; participação nas reuniões das diferentes equipas (Toxicodependência e Alcoolismo); coordenação do grupo de Terapias Expressivas com PDMG; articulação com as estruturas da comunidade sempre que necessário.

Neste contexto, as actividades/intervenções de Enfermagem, são as seguintes: Consultas de enfermagem; Gestão da terapêutica; Visitas domiciliárias; Gestores de caso; Avaliação das necessidades; Identificação de problemas; Prevenção da recaída; Adesão ao tratamento; Gestão da autonomia; Educação para a saúde; Entrevista e

envolvimento da família; Entrevista telefónica; Grupo de Terapias Expressivas; Articulação com Centros de Saúde; Articulação com estruturas da comunidade (Fóruns, juntas de freguesia, igrejas, segurança social, etc).

Delinearam-se como actividades/estratégias a desenvolver neste contexto:

- Aplicação do Modelo de TR a um grupo de clientes, seleccionado de acordo com os seguintes critérios gerais: estar a fazer terapêutica injectável em consulta de enfermagem; apresentar comorbilidade de “saúde física”; ser abrangido pelo Centro de Saúde do Lumiar;
- Selecção dos Clientes: aplicação dos critérios a submeter posteriormente à equipa de enfermagem e peritos na área (Orientadora Clínica e da Escola) para validarem a selecção;
- Realização Entrevista de Colheita de Dados (Anexo I) com o objectivo de conhecer melhor a pessoa, efectuar um levantamento da sua história de vida, de saúde e de doença, recolha de dados sócio-demograficos e familiares e avaliação de parâmetros vitais;
- Adaptação e aplicação da versão portuguesa (Gago, 1996) do Inquérito de Avaliação das Necessidades de Camberwell (CAN), (Anexo II);
- Realização e desenvolvimento de Plano de Cuidados de Enfermagem.

3.2 Centro de Saúde do Lumiar

O Centro de Saúde do Lumiar (CSL) situa-se na freguesia do Lumiar, é um edifício com 8 andares, em que as diferentes valências estão distribuídas pelos vários pisos. O CSL está inserido no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa (ACES Lisboa). Ao CSL pertence a sede e duas extensões, Charneca do Lumiar e a Alta de Lisboa. Tive a oportunidade de conhecer a extensão da Charneca do Lumiar, é de igual modo um edifício mas apenas com 2 pisos e com duas salas de enfermagem.

Tem como área geodemografica as freguesias da Ameixoeira, Lumiar e Charneca do Lumiar. Os Hospitais de referência são o Pólo de Santa Maria e Pulido Valente do CHLN.

Em termos de recursos de enfermagem, têm a Enfª Chefe na Sede e 33 enfermeiros, na extensão da Charneca tem uma Enfª Coordenadora e 8 enfermeiros. Na Sede, os enfermeiros estão distribuídos por áreas de intervenção (p.e. os enfermeiros destacados para a saúde infantil estão sempre na saúde infantil), nas extensões os enfermeiros alternam pelas diferentes áreas de intervenção, até porque o espaço físico é muito reduzido o que impossibilita ter uma sala para cada especialidade.

Possuem várias áreas de Intervenção de Enfermagem, nomeadamente: Cuidados Continuados; Saúde Materna e Planeamento Familiar; Saúde Infantil e Juvenil; Cessação Tabágica; Vacinação; Sala de Tratamentos; Saúde Escolar

No que diz respeito à Psiquiatria e Saúde Mental, não existe nenhum espaço específico, nenhum enfermeiro especialista nem nenhum Psiquiatra. No entanto, uma vez por mês, um Psiquiatra, um Psicólogo e uma Assistente Social reúnem com o Centro de Saúde. Esta reunião tem por objectivo discutir algumas situações, de Psiquiatria, que surgem no Centro de Saúde e perceber se são situações para encaminhar para a Consulta de Psiquiatria ou se são situações que podem continuar a ser acompanhadas pelo médico de família com a orientação do Psiquiatra. Por aquilo que pude apurar nesta reunião estão presentes, a maior parte das vezes, Psicólogos e assistentes sociais. Os enfermeiros raramente participam e os médicos de família participam pouco. Segundo os enfermeiros quando detectam nos clientes alterações do comportamento ou do pensamento, encaminham a situação para o médico de família.

O Centro de Saúde do Lumiar, foi o seleccionado, por um lado, porque já tinha existido no passado um trabalho de articulação que era importante retomar, e por outro porque é um dos centros de saúde que abrange um número significativo dos nossos utentes.

Delinearam-se como actividades/estratégias a desenvolver neste contexto:

- Entrevista à Enfermeira Chefe do Centro de Saúde (Anexo III);
- Conhecer o funcionamento da Sala de Tratamentos;
- Conhecer o funcionamento das consultas de Saúde Infantil;
- Conhecer o funcionamento das consultas de Planeamento Familiar;
- Conhecer o funcionamento dos Cuidados Continuados;
- Conhecer o funcionamento das consultas de Cessação Tabágica;
- Articular com a enfermeira da sala de vacinação, no sentido de verificar o plano de vacinação dos clientes que são acompanhados pela equipa de enfermagem na consulta de Psiquiatria e simultaneamente pertencem ao centro de saúde do Lumiar;
- Identificação do médico de família dos sete participantes, caso tenham;
- Identificação de profissionais de referencia, na sede e nas extensões, para marcação de consultas com o médico de saúde familiar;

3.3 Serviço de Internamento de Psiquiatria Piso 4 do CHLN-HSM

O Internamento de Psiquiatria – Piso 4, está inserido no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Departamento de Neurociências, sendo que o espaço físico se situa em Lisboa no CHLN-HSM. O Serviço de Internamento tem por objectivo prestar cuidados à pessoa com doença mental no momento de crise e descompensação da sua doença.

O Serviço abrange a área geodemografica de 11 freguesias do Concelho de Lisboa, sendo elas: Campo Grande, Alvalade, Carnide, Charneca, Nossa Senhora de Fátima, Lumiar, Ameixoeira, São Domingos de Benfica, Benfica, S. João de Brito, Campolide.

O Serviço é constituído por duas Alas, a Ala I que é de homens e de mulheres, tem uma sala de enfermagem, um refeitório, 3 quartos com 4 camas, 1 quarto com 2 camas, 1 sala de electroconvulsivoterapia, uma sala de recobro, casa de banho para homens e mulheres, zona de chuveiros para homens e mulheres. A Ala II é só de mulheres, tem uma sala com uma parede a dividir e 7 camas de cada lado, casa de

banho e chuveiro comum, uma sala de enfermagem e um refeitório. Comum às duas Alas existe uma sala de fumo, uma sala de Terapia Ocupacional e uma copa. Entre as duas Alas tem gabinetes médicos e gabinete da Enfª Chefe.

Para além do Internamento, está sob responsabilidade do Piso 4, a Unidade de Ambulatório (Unidade de adolescência e Unidade de Projecto e Realibitação, situadas no piso 1) e ainda a equipa de Terapeutas de Referência. Tantos os enfermeiros do Internamento como os enfermeiros destas equipas estão sob responsabilidade da mesma Enfª Chefe.

A equipa de enfermagem é constituída por 17 enfermeiros no internamento, 1 enfermeiro na Unidade de Adolescência, 1 enfermeiro na Unidade de Projecto e 2 enfermeiros nos Terapeutas de Referência. Existem 3 equipas médicas de internamento, duas de Psiquiatria Geral e uma de Comportamento Alimentar.

Todas as quartas-feiras da parte da manhã são realizadas as reuniões de equipa, cada equipa médica reúne-se para discussão e avaliação da evolução do tratamento das pessoas internadas. A Enfª Chefe destaca dois enfermeiros para participar nas reuniões de equipa. Posteriormente transmitem aos restantes enfermeiros todas as informações na passagem de turno.

A Terapia Ocupacional é realizada ao longo da semana da parte da manhã e é da responsabilidade da Terapeuta Ocupacional e de uma Enfermeira.

Todas as terças-feiras às 11h realiza-se a reunião comunitária, onde estão presentes todos os doentes que queiram participar, a Enfª Chefe e o Chefe de Serviço. Esta reunião tem por objectivo a partilha de opiniões acerca do Serviço, ou seja, é um espaço onde os doentes podem emitir a sua opinião acerca das condições do Serviço, dos cuidados prestados, e também apresentar algumas sugestões em relação aos mesmos assuntos.

A articulação com os Serviços da Comunidade não é uma actividade realizada pelos enfermeiros, pelo que tive a oportunidade de observar esta comunicação e articulação é efectuada maioritariamente pelo Serviço Social.

As actividades/intervenções realizadas pelos enfermeiros, são as seguintes: Gestão da terapêutica; Intervenção na crise; Gestão dos cuidados de higiene; Gestão do ambiente físico; Acolhimento/admissão do cliente; Avaliação de sinais vitais; Educação para a saúde; intervenções junto das famílias.

Um dos processos para garantir a continuidade dos cuidados é, proceder ao planeamento da alta. Segundo Klein L. (1992) mencionado por Pagliarini & Perroca (2008), é desejável que o planeamento da alta do cliente se inicie no momento da admissão e que integre quatro fases: *avaliação das necessidades do paciente; desenvolvimento do plano de alta; educação paciente/familiares mobilizando recursos e serviços necessários; e acompanhamento e avaliação, geralmente função dos serviços da comunidade.*

Surgiu como necessidade da Consulta, uma melhor articulação entre a Consulta e o Internamento Piso 4. Partindo do principio que ambos os Serviços prestam cuidados a um leque de clientes em comum é de todo pertinente garantir a continuidade dos cuidados.

Assim, o objectivo desta articulação é promover a Continuidade dos Cuidados, dos Clientes acompanhados em regime Ambulatório na Consulta Externa de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, através da definição de Procedimentos de Articulação com o Serviço de Internamento de Psiquiatria, Piso 4, da mesma instituição.

As pessoas que estão em regime de internamento após a alta, por regra são sempre encaminhados para a Consulta com o Psiquiatra, mas associada à consulta médica as pessoas podem ser encaminhadas para outras estruturas, nomeadamente, Centro de Saúde, Fórum, Residências Protegidas, Consulta de enfermagem, entre outras.

Por conseguinte, a minha população alvo serão o grupo de clientes acompanhados, em regime Ambulatório na Consulta Externa de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, actuais ou potenciais, internados no Serviço de Psiquiatria – Piso 4, designadamente com necessidades de cuidados de enfermagem ao nível da administração e gestão da terapêutica, gestão de sintomas e prevenção da recaída, gestão das AVD com enfoque no auto-cuidado (higiene e conforto, alimentação e hidratação, repouso e actividade, segurança).

Seria de todo importante garantir a continuidade dos cuidados de toda a população do internamento, no entanto os enfermeiros da Consulta não tem capacidade de resposta para toda esta população, por isso, decidi seleccionar a população em os enfermeiros da Consulta têm uma intervenção directa nos cuidados.

Delinearam-se como actividades/ estratégias a desenvolver neste contexto:

- Caracterização do processo de planeamento de alta através de entrevistas informais à Enfª Chefe e ao enfermeiros, através de consulta dos processos clínicos e através da observação;
- Aplicação de um questionário acerca do processo de planeamento de alta aos enfermeiros (Anexo IV): com 3 questões, recorrendo a uma escala de likert de 5 medidas, em que 1 é totalmente insuficiente e 5 é totalmente suficiente. Considerei a pontuação de 1 como péssimo, 2 médio, 3 suficiente, 4 bom e 5 muito bom.
- Recolha da opinião dos clientes acerca do período pós-alta;
- Implementação de instrumentos e estratégias de articulação;
- Realização duas acções de formação para os enfermeiros do Internamento.

4. RESULTADOS OBTIDOS

4.1 Aplicação do Modelo de Terapeuta de Referência na Consulta: estudo de caso

Para a aplicação deste modelo surgiu a necessidade de seleccionar um grupo de clientes a partir da aplicação dos critérios já mencionados. Durante este processo de selecção, obtive os seguintes dados: existem 310 clientes a fazer terapêutica *depot* em Consulta de Enfermagem; destes 67 estão abrangidos pelo Centro de Saúde do Lumiar; 40 mulheres e 27 os homens; 17 residem na freguesia da Ameixoeira, 38 na do Lumiar e 12 na da Charneca. Por diferentes razões foram excluídos 14 clientes (integrar o Projecto dos Terapeutas de Referência, integrarem o Fórum Sol Nascente, estar em tratamento compulsivo em ambulatório). Finalmente o grupo constituído por 53 clientes com indicação para participar neste trabalho, foi discutido em equipa de enfermagem e com as Orientadoras, tendo sido seleccionados sete participantes que aceitaram voluntariamente nele participar.

Inicialmente foi realizada uma entrevista de acolhimento e de colheita de dados (Anexo I) com o objectivo de conhecer melhor a pessoa, efectuar um levantamento da sua história de vida, de saúde e de doença, recolha de dados sócio-demográficos e familiares e avaliação de parâmetros vitais. Seguidamente foi aplicado um Inquérito de Avaliação das Necessidades de Camberwell (CAN) (Anexo II), por nós reduzido para 8 áreas mais susceptíveis de agregar as necessidades mais prementes em termos da continuidade cuidados: Alojamento, Alimentação, Tarefas domésticas básicas, Cuidados pessoais, Actividades diárias, Saúde Física, Álcool e Drogas. A versão original apresenta 22 áreas de avaliação.

Orientei esta caracterização da seguinte forma: nome, idade, raça, estado civil, filhos, escolaridade, situação laboral e fonte de rendimentos. Seguidamente faço uma apresentação da aparência geral no momento da entrevista, uma vez que a aparência da pessoa nos fornece vários indicadores acerca da funcionalidade da pessoa, a forma como vem vestida, se apresenta cuidados de higiene adequados, entre outras coisas.

História de vida e doença, subdividi em 3 momentos de vida: infância, primeiros episódios da doença e estado actual, com o intuito de ter uma visão global de como foi a vida da pessoa e como evoluiu a sua doença. Por seu lado, a caracterização do suporte social ajuda a perceber as relações e a qualidade das relações que a pessoa estabelece com os seus pares, subdividi-as em *rede íntima*, inclui as pessoas que prestam apoio à pessoa nas actividades do dia-a-dia; e *rede institucional formal*, corresponde às instituições, com dever legal e político, que intervêm na vida da pessoa; e *rede institucional informal*, correspondem a grupos sociais.

Sabe-se que as pessoas com baixo suporte social e em situação de isolamento social estão extremamente vulneráveis, sendo os profissionais de saúde do sistema público ou conhecidos com problemáticas semelhantes frequentemente a sua única rede social (Ornelas, 1997).

Por fim, a aplicação da escala de Avaliação da Necessidades de Camberwell, com o objectivo de identificar as necessidades ao nível de 8 domínios já referidos. Na avaliação do CAN utilizei a seguinte escala: Não existe problema; Não existe problema devido a intervenção contínua de Familiares/Serviços; Existe problema.

Todos os participantes foram informados acerca da natureza desta intervenção e aceitaram participar neste processo. De mencionar ainda, que os nomes utilizados seguidamente são fictícios para preservar a confidencialidade e anonimato dos participantes.

Seguidamente passo a apresentar uma versão reduzida dos sete estudos de caso, sendo que a versão completa se encontra em anexo (Anexos V, VI, VII, VIII, IX, X e XI).

CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participante 1

O Sr. Pedro tem 40 anos, é caucasiano, solteiro, sem filhos, não sabe ler nem escrever, apenas sabe os números, tem o primeiro ano de escolaridade, desempregado a receber o rendimento de reinserção social.

APARÊNCIA GERAL

Apresenta uma aparência descuidada, roupa adequada à estação do ano mas suja e rota, não toma banho com regularidade tem cheiro a transpiração, não apresenta cuidados de higiene ao cabelo nem á barba, as unhas estão sujas e grandes. Não apresenta ainda, cuidados de higiene orais, dentição incompleta com cáries em alguns dentes.

HISTÓRIA DE VIDA/DOENÇA

INFÂNCIA: Nasceu de uma relação extra-conjugal da mãe. Na sua infância sofreu de maus-tratos físicos e psicológicos por parte da mãe. Na sua adolescência foi institucionalizado no Instituto Padre António Vieira.

PRIMEIROS EPISÓDIOS DA DOENÇA: Por volta dos 25 anos inicia os consumos de drogas (heroína, cocaína e haxixe) e álcool, e surge os primeiros sintomas da doença: delírios persecutórios; dificuldade em controlar os impulsos, auto (automutilação) e heteroagressividade (agressão a terceiros, comportamentos destrutivos em casa). Nesta fase é detido por tráfico de droga. Teve vários internamentos no Hospital Júlio de Matos e no CHLN- HSM, sempre conduzido pela policia até ao hospital. Nunca aderiu ao tratamento e os sintomas exacerbavam sempre que consumia álcool.

ESTADO ACTUAL: Actualmente, é assíduo e pontual nas consultas médicas e de enfermagem e cumpre a medicação. O seu último internamento foi há dois anos. No entanto, ainda existe alguns episódios em que surgem alguns sintomas da doença, geralmente quando consome álcool. Fica agressivo e persecutório, em alguns destes episódios provoca desacatos na rua e é conduzido até à urgência.

SUPORTE SOCIAL

Rede íntima

Parentesco	Suporte
Pai	Gestão do dinheiro Gestão das tarefas domésticas Gestão das compras
Irmã (Suíça)	Emocional Financeiro Estadias na Suíça
Sobrinho	Bens alimentares e por vezes electrodomésticos Emocional

Rede Formal e Informal

Instituição	Suporte
Café do bairro	Ocupacional
Pessoas que conhece a arrumar carros.	Fornecem bens materiais e financeiros
Gebalis	Habitação com renda reduzida.
Centro de saúde	Utiliza em caso de doença
CHLN-HSM – Cons. Psiq	Consultas psiquiátricas de 2 em 2 meses Consultas de enfermagem de 15 em 15 dias

NECESSIDADES AFECTADAS

Avaliação das Necessidades de Camberwell (CAN)

Necessidade	Avaliação
Alojamento	Não existe problema devido a intervenção continua dos Serviços e Familiares
Alimentação	Existe problema
Tarefas Domésticas	Existe problema
Cuidados Pessoais	Existe problema
Actividades Diárias	Existe problema
Saúde Física	Existe problema
Alcool	Existe problema
Drogas	Existe problema

Participante 2

O Sr. Vasco, tem 41 anos, é caucasiano, solteiro, sem filhos, está a concluir o 12º ano através do programa de Novas Oportunidades, desempregado a receber o Rendimento de Reinserção Social.

APARÊNCIA GERAL

Apresenta uma aparência geral cuidada, com cuidados de higiene adequados. Roupas limpas, cuidadas e apropriadas à estação do ano. Barba, cabelo e unhas bem cuidadas. Algum deficit em relação à higiene oral, dentição incompleta, com cáries em alguns dentes. Não tem o hábito de lavar os dentes diariamente mas sim de dois em dois dias. Usa óculos por diminuição da acuidade visual.

HISTÓRIA DE VIDA/DOENÇA

INFÂNCIA: Nasceu na Alemanha, onde viveu com os seus pais até aos 9 anos, nessa altura vem para Portugal.

PRIMEIROS EPISÓDIOS DA DOENÇA: Aos 16 anos saiu de casa e começou a beber. Aos 21 voltou para casa dos pais, é nesta fase que surge a doença e fica internado no Hospital. Aos 25 anos, fez um tratamento, em regime de internamento, devido a problemas do álcool, no CRAS.

Grande parte das suas recaídas estavam relacionadas com o abandono da terapêutica. Apresentava alucinações acústico-verbais e delírios com conteúdo místico e religioso. Não sabe precisar mas já teve cerca de 10 internamentos no HJM e CHLN-HSM.

ESTADO ACTUAL

Chegou a trabalhar como empregado de mesa e como empregado de charcutaria, mas por pouco tempo. Actualmente, está a frequentar o 12º ano através do programa Novas Oportunidades.

Está integrado numa associação de apoio psicossocial (AEIPS), onde passa o dia em várias actividades, no final do dia vai para as aulas.

Actualmente, é acompanhado na Unidade de Alcoologia de Lisboa e está abstinente há 6 anos, vai regularmente às reuniões dos alcoólicos anónimos. É assíduo nas consultas médicas e de enfermagem. Cumpre a terapêutica tanto oral como injectável.

SUPORTE SOCIAL

Rede íntima

Parentesco	Suporte
Amigo	Emocional Gestão do dinheiro Gestão das tarefas domésticas Gestão da confecção dos alimentos
Amigos (AA, Novas oportunidades, AEIPS)	Emocional

Rede institucional formal

Instituição	Suporte
AEIPS	Ocupacional Recreativo Organização de tarefas escolares
Novas Oportunidades	Formativo Educativo
Alcoólicos Anónimos	Emocional
Unidade de Alcoologia	Consultas de 6 em 6 meses
Igreja	Espiritual
Centro de Saúde	Tem médica de família Vigilância de saúde
CHLN-HSM, Cons. Psiquiatria	Emocional Consultas de Psiquiatria, mensal Consultas de enfermagem, 3 e 3 semanas

NECESSIDADES AFECTADAS

Avaliação das necessidades de Camberwell

Necessidade	Avaliação
Alojamento	Não existe problema devido a intervenção contínua de Familiares (Amigo)
Alimentação	Não existe problema devido a intervenção contínua de Familiares (Amigo)
Tarefas Domésticas	Não existe problema devido a intervenção contínua de Familiares (Amigo)
Cuidados Pessoais	Existe problema
Actividades Diárias	Não existe problema devido a intervenção contínua dos Serviços
Saúde Física	Existe problema
Alcool	Não existe problema devido a intervenção contínua dos Serviços
Drogas	Existe problema

Participante 3

A Sr^o Sandra tem 55 anos, é de raça africana, divorciada desde 1998, tem 3 filhos, tem o 6^o ano de escolaridade, nunca trabalhou fora de casa, sempre foi doméstica.

APARÊNCIA GERAL

Aparência geral cuidada com cuidados de higiene adequados, veste roupas limpas adequadas à sua cultura. Cuidados aos cabelos e unhas adequados. A higiene oral parece deficitária, uma vez que, apresenta dentição incompleta e dentes visivelmente sujos.

HISTÓRIA DE VIDA/DOENÇA

INFÂNCIA: É natural de S. Tomé e Príncipe, veio para Portugal em 1983.

PRIMEIROS EPISÓDIOS DA DOENÇA: Tem um diagnóstico de Esquizofrenia com o início da doença por volta dos seus 25 anos. Apresentava embotamento afectivo, isolamento social, incapacidade para cumprir algumas tarefas básicas, nomeadamente cuidados de higiene. Inicialmente foi acompanhada no HJM, onde foi internada várias vezes. Desde 2001 é acompanhada no CHLN-HSM sem nunca ter sido necessário o internamento. Boa adesão ao tratamento.

ESTADO ACTUAL: Actualmente divorciada com três filhos, os dois filhos mais velhos moram com ela. Nunca trabalhou, está a organizar os documentos para lhe atribuírem a reforma. Sem actividade social, passa a maior parte do tempo em casa sem sair à rua. Cumpre o esquema terapêutico conforme prescrito, boa adesão às consultas médicas e de enfermagem.

SUPORTE SOCIAL

Rede íntima

Parentesco	Suporte
Filhos	Emocional. Financeiro. Organização da casa.

Rede institucional formal

Instituição	Suporte
Gebalis	Habitação com renda reduzida
Centro de Saúde	Vigilância de saúde Monitorização de sinais vitais, semanalmente
CHLN-HSM, Cons. Psiqui	Consultas de psiquiatria, 2 em 2 meses Consultas de enfermagem, mensalmente

NECESSIDADES AFECTADAS

Avaliação das necessidades de Camberwell

Necessidade	Avaliação
Alojamento	Não existe problema devido a intervenção continua dos Serviços
Alimentação	Não existe problema
Tarefas Domésticas	Não existe problema
Cuidados Pessoais	Existe problema
Actividades Diárias	Existe problema
Saúde Física	Existe problema
Alcool	Não existe problema
Drogas	Não existe problema

Participante 4

A sr^a Carla, tem 45 anos, é de raça africana, casada com 1 filho de 7 anos, não sabe ler nem escrever, tem o 1º ano de escolaridade, sempre trabalhou como empregada de limpeza mas actualmente está desempregada.

APARÊNCIA GERAL

Apresente boa aparência geral. Cuidados de higiene adequado. Tem roupa limpa e adequada à estação do ano. Usa prótese dentária, que efectua os devidos cuidados de limpeza.

HISTÓRIA DE VIDA/DOENÇA

INFÂNCIA: É natural de Cabo Verde, onde viveu até ao 36 anos. Viveu com os seus pais e refere uma infância feliz apesar das dificuldades económicas da família.

PRIMEIROS EPISÓDIOS DA DOENÇA: Veio para Portugal em 2001, em 2003, teve o seu filho. Quando a criança tinha 2 meses surgiu a doença, com isolamento social, sentimento de tristeza, embotamento afectivo, incapacidade para cumprir tarefas básicas, e de cuidar do seu filho. Nesta fase inicia consultas de psiquiatria no CHLN-HSM. Só passado mais ou menos 3 meses é que começou a ficar melhor e começou a cuidar do filho.

ESTADO ACTUAL: Cumpre a terapêutica e tem-se sentido bem em relação aos sintomas iniciais da doença. O marido partilha da opinião que ela tem estado melhor. Há poucos meses ficou desempregada o que tem dificultado a vida financeira e familiar.

O facto de estar desempregada e toda esta situação em tribunal tem sido factores de grande stress. Isola-se em casa, só sai para procurar emprego, fazer compras e levar o filho à escola.

SUPORTE SOCIAL

Rede íntima

Parentesco	Suporte
Marido	Emocional Financeiro
Filho	Emocional
Primos	Emocional Cuidados ao filho, quando necessário

Rede institucional formal

Instituição	Suporte
Centro de emprego.	Gestão das propostas de trabalho
Gebalis	Habitação com renda reduzida
Escola do filho.	Apoio na educação e formação do filho
Centro de Saúde	Tem médica de família Vigilância de saúde Planeamento familiar
CHLN-HSM, Cons. Psiqu.	Consultas de Psiquiatria de 3 em 3 meses Consultas de enfermagem de 15 em 15 dias

NECESSIDADES AFECTADAS

Avaliação das necessidades de Camberwell

Necessidade	Avaliação
Alojamento	Não existe problema devido a intervenção continua dos Serviços
Alimentação	Não existe problema
Tarefas Domésticas	Não existe problema
Cuidados Pessoais	Não existe problema
Actividades Diárias	Existe problema
Saúde Física	Existe problema
Alcool	Não existe problema
Drogas	Não existe problema

Participante 5

O Srº André tem 40 anos, é de raça caucasiana, é solteiro, não tem filhos, tem o 6º ano de escolaridade e está reformado.

APARÊNCIA GERAL

Aparência geral um pouco descuidada, roupas adequadas à época do ano mas por vezes um pouco sujas. Cabelo e unhas visivelmente sujos. Cuidados de higiene orais precários, dentição incompleta e em mau estado geral.

HISTÓRIA DE VIDA/DOENÇA

INFÂNCIA: Nasceu e viveu em Moçambique até aos 17 anos, refere que teve uma infância feliz, estudou até ao 7º ano, mas não concluiu

PRIMEIROS EPISÓDIOS DA DOENÇA: Em 1980, emigram para Portugal há procura de uma oportunidade de vida melhor.

Em 1986, surge a doença, com ideias delirantes de conteúdo místico e religioso, alucinações acústico-verbais, isolamento social, incapacidade para o trabalho. Inicial teve consultas no HJM, em 1999, passou a ser seguido na Consulta de Psiquiatria do CHLN-HSM pelo seu médico actual, nunca foi necessário o internamento.

ESTADO ACTUAL: Cumpre a terapêutica injectável, no entanto a medicação oral nem sempre toma conforme prescrito pelo seu médico. Usa a medicação em excesso,

habitualmente ansiolíticos, refere que é para “*acalmar as dores espirituais*” (sic). Passa os dias em casa, a dormir, a fumar cigarros e a beber cafés.

Em relação às consultas de psiquiatria tem uma assiduidade bastante irregular, tendo alguma dificuldade para se organizar para comparecer no dia e hora das consultas.

SUPORTE SOCIAL

Rede íntima

Parentesco	Suporte
Irmã	Emocional Gestão nas tarefas domésticas Gestão das compras Gestão na confecção de alimentos Alguma gestão de horários
Mãe	Emocional

Rede institucional formal

Instituição	Suporte
Gebalis	Habitacional
Centro de saúde	Não tem médico de família. Recorre só em caso de doença
CHLN-HSM, Cons. Psiq	Consulta de Psiquiatria de 3 em 3 meses Consulta de enfermagem de 3 em 3 semanas
Café do bairro	Ocupacional

NECESSIDADES AFECTADAS

Avaliação das necessidades de Camberwell

Necessidade	Avaliação
Alojamento	Não existe problema devido a intervenção contínua dos Serviços e Familiares
Alimentação	Não existe problema devido a intervenção contínua de Familiares
Tarefas Domésticas	Não existe problema devido a intervenção contínua de Familiares
Cuidados Pessoais	Existe problema
Actividades Diárias	Existe problema
Saúde Física	Existe problema
Álcool	Não existe problema
Drogas	Existe problema

Participante 6

A Sr^o Inês, tem 30 anos, caucasiana, solteira, sem filhos, tem o 12^o ano concluído, actualmente a frequentar a licenciatura em Desporto e Educação Física.

APARÊNCIA GERAL

Apresenta-se bem arranjada e com cuidados de higiene adequados, embora vista roupas um pouco infantis para a sua idade. Tem várias tatuagens no corpo e refere que ainda tem o desejo de fazer mais, tem também alguns pircings.

HISTÓRIA DE VIDA/DOENÇA

INFÂNCIA: Nasceu e viveu em Macau até aos 16 anos, com os seus pais e irmãos, altura em que vem para Portugal para um colégio interno em Coimbra. Refere que a sua adolescência em Macau foi a época da sua vida que foi mais feliz.

PRIMEIROS EPISÓDIOS DA DOENÇA: Em 2003, surge o início da doença, quando inicia o consumo de substâncias ilícitas (cocaína, LSD, anfetaminas), começou num quadro delirante persecutória, sentia-se muito angustiada, aterrorizada, Nesta altura ficou internada numa clínica em Carnaxide. Em 2004, volta para Macau, deixa de fazer a medicação, continua com os consumos de drogas e volta a ter uma crise, a mãe vai busca-la e volta a ser internada em Lisboa. Em 2005, volta novamente para Macau e abandonar a medicação e é novamente internada. O seu último internamento foi em 2006.

ESTADO ACTUAL: Mora com a mãe e com uma empregada interna, que está na família há vários anos. Está dependente da mãe e desta empregada para praticamente tudo, apoio financeiro, gestão das tarefas doméstica, gestão da alimentação, gestão dos seus compromissos e gestão da sua saúde.

Manifesta o desejo de um dia ser mãe e demonstra a preocupação com a terapêutica injectável. Já teve vários parceiros sexuais e nem sempre utiliza preservativo, actualmente tem, aquilo que ela chama, um “amigo colorido”. Está a frequentar o Curso de Desporto, tem uma banda de música e realiza alguns espectáculos, sai regularmente com os amigos para se divertir.

É acompanhada em consulta de psiquiatria e em consulta de enfermagem, habitualmente só vem às consultas se a sua empregada a lembrar ou então se a equipa de enfermagem lhe telefonar.

SUORTE SOCIAL

Rede íntima

Parentesco	Suporte
Mãe	Emocional Financeiro
Empregada	Emocional Gestão das tarefas domésticas Gestão de horários e compromissos Gestão da alimentação
Amigos da banda de música	Ocupacional Recreativo
Amigo/namorado	Emocional

Rede institucional formal

Instituição	Suporte
Ginecologista privado	Planeamento familiar, esporádico
CHLN-HSM, Cons. Psíquica	Consulta de psiquiatria de 2 em 2 meses Consultas de enfermagem de 3 em 3 semanas
Universidade	Formativo e educativo

NECESSIDADES AFECTADAS

Avaliação das necessidades de Camberwell

Necessidade	Avaliação
Alojamento	Não existe problema devido a intervenção contínua de Familiares
Alimentação	Não existe problema devido a intervenção contínua de Familiares
Tarefas Domésticas	Não existe problema devido a intervenção contínua de Familiares
Cuidados Pessoais	Não existe problema
Actividades Diárias	Não existe problema
Saúde Física	Existe problema
Alcool	Não existe problema
Drogas	Existe problema

Participante 7

O Sr. Marco, tem 31 anos, é caucasiano, solteiro, sem filhos, licenciado em Matemática Aplicada e Computação, actualmente desempregado.

APARÊNCIA GERAL

Boa aparência geral. Apresenta cuidados de higiene adequados, barba, cabelo, unhas. Dentição em bom estado. Roupa limpa e adequada à sua idade e estação do ano.

HISTÓRIA DE VIDA/DOENÇA

INFÂNCIA: Refere ter tido uma infância feliz, vivia com os pais e irmão no Entroncamento. Era bom aluno, por vezes relacionava-se com más companhias.

PRIMEIROS EPISÓDIOS DA DOENÇA: Teve início da doença aos 20 anos quando iniciou os consumos irregulares de anfetaminas, que manteve durante 4 anos. Posteriormente, passa a fazer consumos diários de canabinoides, Há mais ou menos 3 anos surge a sintomatologia da doença com alucinações acústico-verbais, ideação delirante de conteúdo megalómano, persecutório e místico, ideias de referência, comportamento desorganizado, e agitação psicomotora. Nesta fase estava em Amesterdão, ficou internado durante 3 meses e posteriormente foi transferido para Portugal, e retoma os consumos diários de canabinoides.

Em Setembro de 2009, estava empregado numa escola a dar aulas de informática aos alunos do ensino básico. Gradualmente reaparece a sintomatologia psicótica e é internado compulsivamente no Hospital de Tomar, entretanto tem alta, volta a dar aulas mas como continuam os consumos, volta aparecer a sintomatologia psicótica e é novamente internado compulsivamente no HSM, durante um mês, de Fevereiro a Março de 2010.

Nesta fase, o Sr.Marco, trabalha e mora em Lisboa sozinho, tem casa própria está a pagar empréstimo ao banco.

ESTADO ACTUAL: Actualmente, está desempregado a receber subsídio de desemprego. Com o seu estado de saúde um pouco instável, resolve morar com os pais durante uns tempos, no Entroncamento.

É capaz de relacionar as suas crises com os consumos de substâncias, no enquanto refere que consome haxixe de vez em quando, quando sai com os amigos. É acompanhado em consulta de Psiquiatria e de enfermagem com regularidade e é assíduo.

SUPORTE SOCIAL

Rede Intima

Parentesco	Suporte
Mãe	Emocional Habitacional Gestão das tarefas domésticas Gestão da alimentação
Pai	Emocional
Irmão	Emocional

Rede institucional formal

Instituição	Suporte
Centro de emprego	Gestão das propostas de trabalho
CHLN-HSM, Cons. Psiqu	Consultas de psiquiatria, mensalmente Consulta de enfermagem, quinzenalmente

NECESSIDADES AFECTADAS

Avaliação das necessidades de Camberwell

Necessidade	Avaliação
Alojamento	Não existe problema
Alimentação	Não existe problema devido a intervenção contínua de Familiares
Tarefas Domésticas	Não existe problema devido a intervenção contínua de Familiares
Cuidados Pessoais	Não existe problema
Actividades Diárias	Existe problema
Saúde Física	Existe problema
Alcool	Não existe problema
Drogas	Existe problema

Apresentamos de seguida os dados sociodemográficos dos sete participantes. Assim temos, quatro homens e 3 mulheres, quatro pessoas de raça caucasiana e três de raça africana. Quatro estão situados na faixa etária dos 40-45 anos, dois estão na faixa dos 30 anos e um deles na faixa dos 55 anos. Cinco são solteiros, um casado e um divorciado. Cinco não têm filhos e as duas participantes têm filhos. Quanto à escolaridade dois possuem o 1º ano de escolaridade, não sabem ler nem escrever, dois têm o 6º ano, dois o 12º ano, e um o grau de Licenciatura. Nenhum deles está numa actividade profissional, sendo que três são pensionistas, dois estão desempregados, um está reformado e uma é estudante.

Tabela 1 – RESUMO DADOS SOCIODEMOGRAFICOS

	Raça	Idade	Estado Civil	Número de Filhos	Escolaridade	Situação Profissional
Pedro	Caucasiano	40 A	Sol.	0	1º Ano	Pens.
Vasco	Caucasiano	41 A	Sol.	0	12º Ano	Pens.
Sandra	Africana	55 A	Div.	3	6º Ano	Pens.
Carla	Africana	45 A	Cas.	1	1º Ano	Desemp.
André	Africana	40 A	Sol.	0	6º Ano	Reform.
Inês	Caucasiano	30 A	Sol.	0	12º Ano	Estud.
Marco	Caucasiano	31 A	Sol.	0	Licenciatura	Desemp.

Legenda:; A. – Anos; Sol. – Solteiro; Div. – Divorciada; Cas. – Casada; Pens. – Pensionista; Desemp. – Desempregado; Reform. – Reformado; Estud. – Estudante.

Efectuei também o levantamento do suporte social (Tabela 2) de cada um dos participantes, uma vez que considerei pertinente ter uma ideia de conjunto do tipo de apoio, e de quem recebiam esse apoio, na gestão da sua vida diária.

Assim, no que diz respeito à *rede íntima* de suporte, praticamente todos recebem apoio da família mais próxima, nomeadamente pai, mãe, irmãos, filhos ou marido, com a excepção de um deles que recebe apoio de um amigo e não de familiares. Em relação à *rede de suporte institucional formal*, todos estão inscritos na Consulta de Psiquiatria, cinco deles recebem apoio do Centro de Saúde e 2 deles têm médico privado mas de uma forma esporádica, quatro estão a morar numa casa da Gebalis. As restantes instituições são o centro de emprego, a universidade, as novas oportunidades, alcoólicos anónimos e a igreja.

Poucos são os que possuem uma rede institucional informal, apenas dois deles frequentam um café do bairro.

Em relação às áreas de necessidades (Tabela 3) mais afectadas podemos constatar que: nenhum dos participantes apresenta problema no que diz respeito ao alojamento, ou vivem numa casa alugada ou vivem na casa de familiares; apenas um dos participantes não tem a alimentação assegurada apresentando problema a este nível; apenas um participante problema em relação às tarefas domésticas; três participantes manifestam problema ao nível dos cuidados pessoais; cinco participantes apresentam

problema em relação às actividades diárias; cinco participantes têm problemas de saúde física; um participante tem problema com o álcool e dois têm problema com drogas.

Tabela 2: CLASSIFICAÇÃO DA REDE DE SUPORTE

Suporte Social/ Participantes	Rede Intima	Rede Institucional Formal	Rede Institucional Informal
Pedro	Pai; Irmã (Suíça); Sobrinho;	Gebalis; Centro de Saúde; Consulta Psiquiatria;	Café do bairro; Pessoas que conhece arrumar carros.
Vasco	Amigo (moram juntos); Amigos (AA, Novas Oportunidades, AEIPS).	AEIPS; Novas Oportunidades; Alcoólicos Anónimos; Unidade alcoologia; Igreja; Centro de Saúde; Consulta Psiquiatria.	
Sandra	Filhos.	Gebalis; Centro de Saúde; Consulta Psiquiatria.	
Carla	Marido; Filho; Primos.	Centro de Emprego; Gebalis; Escola do filho; Centro de Saúde; Consulta Psiquiatria.	
André	Irmã; Mãe.	Gebalis; Centro de Saúde; Consulta Psiquiatria.	Café do bairro.
Inês	Mãe; Governanta; Amigos (banda de música); Amigo/Namorado	Ginecologista privado; Consulta Psiquiatria; Universidade.	
Marco	Mãe; Pai; Irmão.	Centro de emprego; Consulta Psiquiatria;	

Tabela 3: ÁREAS DE NECESSIDADE MAIS AFECTADAS

Necessidades	Aloja- mento	Alimen- tação	Tarefas Domésticas	Cuidados Pessoais	Actividades Diárias	Saúde Física	Álcool	Drogas
Pedro	2	1	1	1	1	1	1	1
Vasco	2	2	2	1	2	1	2	1
Sandra	0	0	0	1	1	1	0	0
Carla	0	0	0	0	1	1	0	0
André	0	2	2	1	1	1	0	1
Inês	2	2	2	0	0	0	0	1
Marco	0	2	0	0	1	0	0	1

Legenda: Classificação: 0 – Não existe problema; 1 – Existe um problema; 2 – não existe problema devido a intervenção contínua Familiares ou Serviços.

Face às áreas de necessidade de cada participante, das suas características específicas e individuais, formulei os principais diagnósticos de enfermagem (Tabela 4) visados, tendo para tal recorrido à linguagem CIPE. Para cada cliente foi desenvolvido um plano individual de cuidados (PIC, Anexo V, VI, VII, VIII, IX, X, XI).

Tabela 4: LISTA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Participantes	Diagnósticos de enfermagem (CIPE)
Pedro	Fazer compras, dependente em grau elevado. Cozinhar, dependente em grau elevado. Ingestão de alimentos, comprometida em grau moderado. Governar a casa, dependente em grau elevado. Auto-cuidado: vestuário, diminuído em grau moderado. Auto-cuidado: banho, diminuído em grau moderado. Auto-cuidado: arranjar-se, diminuído em grau moderado. Auto-cuidado: higiene oral, diminuído em grau elevado. Auto-cuidado: actividade recreativa, diminuído em grau moderado. Obesidade Auto-cuidado: actividade física, ausente. Hipertensão, presente Hiperglicemia, presente Cáries dentarias Uso de álcool, em grau elevado.
Vasco	Cozinhar, dependente em grau moderado Governar a casa, dependente em grau moderado. Auto-cuidado: higiene oral, diminuído em grau reduzido. Obesidade Auto-cuidado: actividade físico, presente em grau reduzido Cáries dentarias, presente Vigilância de saúde Adesão às consultas de alcoologia, comprometida em grau reduzido.
Sandra	Auto-cuidado: higiene oral, diminuída em grau elevado Auto-cuidado: actividade recreativa, diminuída em grau elevado Auto-cuidado: actividade física, ausente. Obesidade

	Hipertensão, presente em grau elevado. Hiperglicemia, presente em grau elevado.
Carla	Trabalho e emprego, ausente. Auto-cuidado: actividade recreativa, diminuída em grau elevado. Interacção Social, diminuída em grau elevado. Obesidade, presente. Auto-cuidado: actividade física, ausente.
André	Cozinhar, dependente em grau elevado Auto-cuidado: banho, diminuído em grau moderado. Auto-cuidado: vestuário, diminuído em grau reduzido. Auto-cuidado: higiene oral, ausente. Governar a casa, dependente em grau moderado. Auto-cuidado: actividade recreativa, diminuída em grau elevado. Interacção social, comprometida em grau moderado. Obesidade Varizes no membro inferior Cárie dentária, presente. Auto-cuidado: actividade física, ausente. Uso de tabaco, em grau elevado
Inês	Fazer compras, dependente em grau elevado. Cozinhar, dependente em grau elevado. Governar a casa, dependente em grau elevado. Comportamento sexual de risco, presente. Planeamento familiar, em grau reduzido. Uso de substancia ilícitas, presente em grau reduzido. Uso de tabaco, presente em grau elevado.
Marco	Cozinhar, dependente em grau elevado. Trabalho e Emprego, ausente. Auto-cuidado: actividade recreativa, diminuída em grau moderado. Interacção Social, diminuída em grau moderado. Comportamento sexual de risco, presente. Conhecimento acerca das DST, diminuído em grau moderado. Conhecimento acerca da forma de transmissão das DST, diminuído em grau moderado. Uso de substância ilícitas, em grau reduzido. Uso de tabaco, em grau elevado

4.2 Articulação da Consulta de Psiquiatria com o Centro de Saúde do Lumiar

Iniciei as minhas incursões ao CSL com uma entrevista com a Enfª Chefe (Anexo III), com o objectivo de perceber qual a dinâmica e orgânica de funcionamento do centro de saúde, e na sua perspectiva, qual a importância do meu estágio, no âmbito da promoção da continuidade de cuidados, poderia ser útil para o Centro de Saúde.

O importante a reter desta minha entrevista com a Enfª Chefe foi que, para os enfermeiros era importante ter uma pessoa de referência na Consulta de Psiquiatria, para poder enviar/referenciar casos, bem como para receber informação de retorno.

Na minha passagem pelo centro de saúde tive a oportunidade de conhecer o funcionamento de cada uma das valências de enfermagem.

A sala de tratamentos, funciona das 8 às 20h, os tratamentos são realizados com hora de marcação. É uma sala com bastante movimento, em que os enfermeiros trabalham a um ritmo frenético, realizam intervenções de enfermagem no âmbito dos procedimentos técnicos, no entanto tive a oportunidade de observar, que existe algum cuidado por parte dos enfermeiros em abordar outros aspectos da saúde. Por exemplo, questionam sobre a vacinação, alimentação, cuidados com a medicação, fazem ensinamentos em relação a valores alterados da tensão arterial e glicemia capilar. Perante as necessidades que avaliam tentam encaminhar para a especialidade.

A Saúde Infantil, funciona das 9h às 18h. Existe uma consulta de enfermagem com avaliação do peso, altura e perímetro cefálico, avaliação do desenvolvimento, ensinamentos acerca dos cuidados a ter com a criança. O cantinho da amamentação é um espaço físico acolhedor que se destina às mães que estejam a amamentar. A enfermagem aqui é fundamental, ajuda/ensina a mãe como amamentar, efectua ensinamentos a vários níveis, cuidados a ter no acto da amamentação, cuidados às mamas, horários e necessidades da amamentação, tipos de leite. O Núcleo de Crianças em Risco é formado por todas as crianças que estão, a ser ou em risco de ser negligenciadas ou vítimas de maus-tratos pela família. Estas crianças estão de igual modo sinalizadas pela Comissão e Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ). A enfermagem faz um acompanhamento regular destas crianças. Por fim, uma das enfermeiras Lurdes realiza apoio domiciliário às mães mais carenciadas e com reduzido suporte social, efectuando ensinamentos dos cuidados ao bebé no domicílio, supervisionando as mães nos cuidados prestados ao bebé.

A Saúde Materna e Planeamento Familiar, funciona das 8h às 18h. é efectuada a consulta de enfermagem antes da consulta médica. Nesta consulta, intervêm ao nível da avaliação dos sinais vitais, aconselhamento sobre os diferentes métodos contraceptivos, realização de ensinamentos acerca do método contraceptivo utilizado, das

doenças sexualmente transmissíveis e comportamentos de risco, gestão dos métodos contraceptivos (pílula e preservativos).

Os Cuidados Continuados, funcionam das 8h às 16h, em duas equipas, que estão distribuídas em duas zonas demográficas. A intervenção é essencialmente ao nível da administração de medicação, realização de pensos às feridas e alguns procedimentos invasivos. Não são prestados cuidados à PDMG, apenas têm uma situação de administração de medicação (do foro psiquiátrico) a uma PDMG, embora esta intervenção surja no âmbito da sua imobilidade e não da sua patologia psiquiátrica.

A consulta de Cessação Tabágica funciona à 5ª Feira das 14h00 às 17h00, com um médico e uma enfermeira. Na consulta de enfermagem realiza-se o acolhimento e a avaliação inicial com aplicação da escala de motivação de Richmond e o teste de dependência da nicotina de Fagerstrom, avaliação de sinais vitais e gestão da adesão ao tratamento.

A sala de vacinação funciona das 8h às 18h, os enfermeiros fazem administração das vacinas e intervêm no sentido das pessoas cumprirem o plano nacional de vacinação.

Como inicialmente tinha efectuado o levantamento da população da consulta de enfermagem que simultaneamente pertenciam ao Centro de Saúde do Lumiar, através da articulação com os enfermeiros da sala de vacinação, obtive a listagem de todas estas pessoas com o estado actual do plano de vacinação. No entanto não tive a oportunidade, devido a constrangimentos de tempo, de encaminhar as pessoas, que não tinham o plano de vacinação actualizado, para o Centro de Saúde no sentido de o actualizarem. De qualquer modo, deixei para o Serviço, estas pessoas sinalizadas para posteriormente efectuarem esta articulação.

Verifiquei que, grande parte da população em geral não tem médico de família e nem se perspectiva que tenham, no entanto existe todos os dias, o chamado *médico de recurso* que faz atendimento à população que não tem médico de família. Neste

sentido do meu grupo de participantes, quatro deles têm médico de família e três deles não.

A estratégia que utilizei junto das administrativas do Centro de Saúde para os participantes sem médico de família, foi fazer marcação sempre para o mesmo *médico de recurso*, para poder garantir tanto quanto possível a continuidade longitudinal dentro dos cuidados de saúde primários.

Em relação aos cuidados de enfermagem, fiquei com a referência de uma enfermeira de cada uma das valências, para poder articular sempre que necessário, no sentido de promover a continuidade transversal dos cuidados.

4.3 Articulação da Consulta de Psiquiatria com o Serviço de Internamento de Psiquiatria Piso 4

Caracterização do processo de planeamento da alta no Internamento Piso 4

Partindo do princípio que o processo de planeamento da alta se inicia no momento em que a pessoa é internada, pesquisei no Serviço como é efectuado o acolhimento à pessoa, e a colheita de dados de enfermagem relativamente à actual situação de crise do cliente, no que se refere aos cuidados ambulatoriais e à situação psicossocial.

Através de entrevistas, consulta de processos e observação, constatei que, o cliente é admitido no Serviço, é feita a apresentação do espaço e são explicadas as regras de funcionamento. O mais breve possível, é efectuada a entrevista de acolhimento, através de instrumento próprio do Serviço. Este instrumento está sustentado pelo modelo de Virgínia Henderson, para além da avaliação de 14 necessidades básicas, é efectuado um levantamento de um breve resumo clínico e dados pessoais.

Através da consulta dos processos clínicos pude verificar que em cerca de 90% dos casos, a ficha de avaliação inicial de enfermagem estava preenchida, o que significa que os enfermeiros efectuam um levantamento das necessidades do cliente aquando da admissão.

Opiniões/Necessidades identificadas pelos enfermeiros relativamente ao processo de planeamento de Alta (o que é necessário para melhorar este processo)

Para a obtenção destes resultados foi aplicado um questionário de opinião com recurso a uma escala tipo likert, de cinco medidas, em que 1 significa totalmente insuficiente e 5 significa, totalmente suficiente. Considerei a pontuação de 1 como péssimo, 2 médio, 3 suficiente, 4 bom e 5 muito bom. Responderam 12 dos 17 enfermeiros da equipa:

“Centrando-se nas necessidades dos clientes a quem prestou cuidados nos últimos 3 meses, como classificaria o trabalho que é desenvolvido ao nível do processo de planeamento da alta?”

1 Enfermeiro atribuiu 1; 4 atribuíram 2; 5 atribuíram 3; 1 atribuiu 4 e 1 atribuiu 5. Ou seja, dos 12 enfermeiros 10 são da opinião que o trabalho que desenvolvido ao nível do processo de planeamento da alta, não chega a atingir um nível de bom e é portanto de nível suficiente ou inferior.

“Enuncie 2 dificuldades relativamente ao processo de planeamento de alta”. Surgiram múltiplas respostas, designadamente:

- Comunicação com a equipa multidisciplinar
- Articulação/Encaminhamento para as estruturas da comunidade
- Estabelecer um plano de cuidados e ensinos para o pós-alta
- Tomada de consciência da importância do planeamento da alta

“Enuncie 2 necessidades relativamente ao processo de planeamento de alta”. Obtiveram-se as respostas seguintes:

- Elaboração de um plano de cuidados
- Articulação com as equipas/estruturas comunitárias
- Melhorar a dinâmica multidisciplinar
- Instrumentos que permitam a continuidade dos cuidados
- Conhecer as estruturas de apoio existentes na comunidade
- Formação a nível do planeamento da Alta.

Opinião dos clientes em relação ao período pós-alta

Para recolher a opinião dos clientes acerca das suas expectativas em relação à sua alta, realizei uma actividade de grupo e fiz algumas entrevistas clínicas individuais. O objectivo geral do grupo foi, *estimular a discussão do tema: “a vida depois da alta”*, e desta forma conseguir aceder às suas expectativas em relação à alta. A participação no grupo era voluntária. Estavam presentes 9 clientes, eu e a minha Orientadora Clínica.

Quanto às entrevistas individuais, ao longos dos turnos fui entrevistando os clientes no sentido de obter de igual forma, quais as suas expectativas em relação a alta. Tanto no grupo como nas entrevistas individuais, tentei obter respostas para as seguintes questões: *“Como espera que seja a vida no período pós-alta?”*, *“Quais as suas maiores necessidades e dificuldades?”*, e *“O que esperam dos profissionais para os ajudar neste processo?”*.

“Como espera que seja a vida no período pós-alta?”

Não obtive grande diversidade de respostas. A maioria das pessoas respondeu, que a sua vida iria continuar igual, por exemplo o Sr. Ernesto:

“...eu vou voltar à minha casa e à minha vida de sempre, de manhã levanto-me, tomo o pequeno-almoço, vou dar a minha caminhada até à praia. No regresso passo na lota e compro peixe para o almoço, lá é mais barato e é fresquinho. À tarde vou mais outra caminhada, converso lá com os amigos do café, à noite janto, tomo os comprimidos para dormir e vou para a cama.”

No entanto, houve outras respostas diferentes, em que o futuro não era tão certo, a Sr^a Irene ainda não sabe como vai ser a sua vida após a alta:

“não quero voltar para a mesma casa... ainda tenho a minha situação financeira para resolver.”

“Quais as suas maiores necessidades e dificuldades?”

- Isolamento social (*“eu não tenho amigos e raramente saio de casa”*);

- Governar a casa (*“eu sinto falta que cuidem de mim, estou cansada de cuidar de mim própria. Sinto falta de alguém para fazer o jantar ou até mesmo para arrumar a casa. Alguém que faça companhia.”*);
- Articular o tratamento com a actividade laboral (*“às vezes é difícil comparecer nas consultas, porque não posso estar sempre a dizer ao patrão que vou ao médico. se as consultas fossem fora do horário de trabalho, facilitava.”*);
- Actividade recreativa (*“sinto a necessidade de ter o tempo mais ocupado e não estar só em casa.”*, *“o que me preocupa é não poder trabalhar.”*, *“Eu queria ter o tempo mais ocupado, sair mais de casa, ter mais actividades”*.);
- Identificação precoce dos sintomas (*“às vezes as pessoas optam por não ter um acompanhamento mais regular, e só procuram os profissionais de saúde quando estão “aflitos”, e não devia ser assim, devíamos conseguir vir antes.”*);
- Consultas mais regulares (*“Necessito de um acompanhamento mais regular”*)

“O que esperam dos profissionais para os ajudar neste processo?”

As respostas centram-se basicamente em dois grandes pontos, na adesão ao tratamento (*“Existe a possibilidade de não vir fazer o injectável.”*) e na gestão dos sintomas e efeitos secundários (*“os efeitos secundários da medicação são muito difíceis... os enfermeiros dão muito apoio, os médicos também, mas nem tanto”*)

Se por um lado lhes foi difícil falarem de como seria a sua vida depois do internamento, por outro lado, parece que estão bem cientes das suas necessidades e dificuldades, no entanto não consideram que os profissionais de saúde constituam uma ajuda para colmatar essas necessidades e dificuldades.

Implementação de instrumentos e estratégias de articulação

No sentido de dar resposta a algumas das necessidades descritas pelos enfermeiros do internamento, no questionário, foram implementados documentos e estratégias de articulação com as estruturas da comunidade.

Assim, foram implementados dois procedimentos (anexo XII, XIII) que facilitam a comunicação e a continuidade dos cuidados prestados à PDMG.: (1) *Continuidade dos*

Cuidados; (2) Acolhimento/Integração do cliente na Consulta/Adesão ao tratamento. Do procedimento 1 – *Continuidade dos Cuidados* surgiram dois documentos: (1) *Carta de Alta/Transferência de Enfermagem (Anexo XII)*; (2) *Caracterização das necessidades do cliente em cuidados de enfermagem no regime ambulatorio (Anexo XIII)*. O objectivo dos documentos é transmitir a informação mais pertinente acerca da pessoa, entre os Serviços, ou seja, enviar informação da pessoa que esteve internada e teve alta para o seguimento em Consulta (documento 1), e por sua vez, informação da pessoa que é acompanhada em Consulta e que por qualquer motivo foi internada (documento 2), estando desta forma a garantir a *continuidade transversal* dos cuidados.

O procedimento 2 tem por objectivos, integrar/acolher o cliente na Consulta Externa, facilitar a adesão ao tratamento, assegurar a continuidade dos cuidados, prevenir a recaída. Pretende-se que o cliente que tem alta do internamento estabeleça um contacto com um enfermeiro, conheça um nome, uma cara, um telefone e um local onde recorrer em regime de ambulatorio, para além disso, leva consigo uma marcação de consulta de enfermagem.

Para além da criação destes documentos, ainda ficou implementado um espaço de partilha de informações entre enfermeiros dos Serviços. Ou seja, os enfermeiros dos Serviços encontram-se semanalmente, o enfermeiro do Internamento transmite as informações clínicas acerca da pessoa que vai ter alta para a Consulta. O enfermeiro da Consulta transmite as informações clínicas acerca da pessoa que foi internada e era acompanhada em consulta de enfermagem na Consulta.

Acções de Formação

De acordo com as necessidades mencionadas pelos enfermeiros, realizei duas acções de formação. A primeira acção de formação estava relacionada com o processo de planeamento da alta e ainda a apresentação dos resultados do inquérito aplicado aos enfermeiros (Anexo XIV). A segunda acção de formação foi no sentido de dar resposta à necessidade que os enfermeiros mencionaram do desconhecimento das estruturas da comunidade e as actividades que se realizavam nessas mesmas estruturas (Anexo

XV). Apesar de existir várias estruturas que podem dar suporte a estes clientes, optei por, fazer uma apresentação mais pormenorizada da consulta de psiquiatria do CHLN-HSM e apresentar os vários Fóruns Sócio-Ocupacionais existentes em Lisboa. No entanto, apesar de estes Fóruns estarem direccionados especificamente para esta população, existem outras estruturas comuns a toda a comunidade que dão resposta a muitas das necessidades destes clientes, nomeadamente, juntas de freguesia, santa casa da misericórdia, associações, igrejas, lares, centros de dia, entre outros.

4.4 Síntese dos Resultados e Reflexões

Aplicação do Modelo de Terapeuta de Referencia na Consulta

No que diz respeito ao trabalho realizado com as sete PDMG, destaco alguns aspectos que suscitaram a minha reflexão e compreensão quer pessoal, quer técnico-científica.

Assim, neste grupo apenas uma mulher tem um relacionamento amoroso estável do qual resultou um filho, uma outra mulher teve uma relação conjugal de alguns anos da qual teve 3 filhos mas actualmente está divorciada, os restantes cinco participantes nunca tiveram qualquer relacionamento estável ou duradouro. Estes dados fazem-me pensar nas dificuldades relacionais desta população ao nível das relações afectivas em geral (conjugais ou de amizade, frequentemente em relação com a idade precoce de início da doença, as dificuldades de relação com o corpo, o desconforto em geral nas situações sociais, o estigma e o isolamento social. Todos estes factores, em separado ou conjugados, contribuem para uma dificuldade nas relações.

De um modo geral possuem um baixo grau de escolaridade, apenas os dois participantes mais novos apresentam habilitações literárias superiores, um dos mais velhos possui o 12º ano que concluiu recentemente através do programa Novas Oportunidades. Esta baixa escolaridade também está relacionada com vários factores, por exemplo, idade de início da doença, possível recurso aos cuidados e tratamentos especializados já tardio e baixos recursos socioeconómicos, obstáculos à sua inserção ou reinserção no mundo do trabalho. Actualmente nenhum deles tem uma actividade

profissional, apenas um dos participantes mais jovens está a estudar, uma mulher, os restantes estão reformados por invalidez ou desempregados.

Relativamente à rede de suporte social, a rede de apoio íntima é constituída pela família e amigos. Todavia, apesar da maioria ter uma família alargada, apenas um dos familiares dá apoio (mãe, pai, ou irmão) e nunca a família completa. Regra geral estas relações íntimas limitam-se ao cuidador principal que fica assim muito sobrecarregado, favorecendo o seu cansaço físico e mental. Geralmente, é a mãe, ou o pai ou até mesmo um irmão de cuida do seu familiar doente durante uma vida inteira, que sofre de uma doença complexa, intensa, de gestão exigente pelas crises que a caracterizam, marcadas de isolamento, desconfiança e por vezes, agressividade.

A rede institucional formal é constituída por instituições chave nomeadamente, a consulta de psiquiatria, o centro de saúde e a Gebalis. A consulta de psiquiatria é a estrutura que mais frequentam, que desempenha um maior papel na prevenção da recaída. A regularidade com que frequentam o centro de saúde é muito variável entre eles e relaciona-se com a comorbilidade de cada um. Nenhum tem o hábito de consultar o médico de família como rotina de saúde, fá-lo unicamente em situação de urgência, isto é, quando estão fisicamente doentes.

Provavelmente, também relacionado com o estigma, o isolamento social, o sedentarismo, a apatia, momentos de crise da doença, estes participantes dispõem de uma rede institucional informal limitada, ou seja, têm dificuldade em estabelecer relações mais informais, como por exemplo, ir até ao café e falar com os vizinhos.

No que diz respeito à aplicação da escala da avaliação das necessidades de Camberwell, pude obter alguns dados que me fizeram pensar e intervir de modo a colmatar essas mesmas necessidades. Perante as oito áreas de necessidade avaliadas, alojamento, alimentação, tarefas domésticas, cuidados pessoais, actividades diárias, saúde física, álcool e drogas, constatei que as dificuldades se centram especialmente ao nível dos cuidados pessoais, das actividades diárias, da saúde física e das drogas. De um modo geral, as necessidades ao nível do alojamento, da

alimentação e das tarefas domésticas, ou não existem ou então, recebem a ajuda suficiente para as colmatar.

Mesmo assim foram levantados diagnósticos de enfermagem relativamente à área da alimentação, sendo os predominantes, [a incapacidade] o *fazer compras*, presente em dois participantes e [a incapacidade] de *cozinhar*, presente em todos os homens e na mulher mais jovem. Apenas foi necessário intervir numa das situações, uma vez que o participante apresenta alguma dificuldade da gestão do dinheiro e também não sabia cozinhar. Devido a vários constrangimentos ainda não foi possível capacitar a pessoa para tais tarefas e como tal, a solução encontrada, foi encaminhar o cliente para um centro de dia, onde passou a usufruir das refeições. Os restantes participantes recebem ajuda de familiares e amigos para realizar estas tarefas, pelo que intervir não foi para já prioridade.

Nas actividades domésticas, [a incapacidade] de *governar a casa* é o diagnóstico de enfermagem mais preocupante, uma vez que constitui uma dificuldade presente em quatro dos sete participantes, os três homens mais velhos e a mulher mais nova. Enquanto adultos, estão assim dependentes de outrem para a gestão da casa. Com o desaparecimento dos pais, este constituir-se-á um problema que porá em risco a possibilidade de habitarem sozinhos e governarem a sua casa. Em relação aos mais novos, o facto de não serem autónomos na gestão das tarefas domésticas, retarda a possibilidade de um dia se autonomizarem e terem uma casa própria, ficando a cargo dos pais, pelo menos, até bastante tarde.

As necessidades ao nível dos cuidados pessoais, estão maioritariamente relacionadas com o diagnóstico de [défice] do *auto-cuidado na higiene oral*. Grande parte deste grupo de cliente apresenta cáries dentárias, consequentes de maus hábitos de higiene orais.

A área das actividades diárias é preocupante, uma vez que estão todos em idade produtiva e nenhum deles trabalha e também não apresenta nenhuma actividade recreativa. O diagnóstico de [défice] do *auto-cuidado na actividade recreativa* está

presente em cinco dos participantes. Esta situação limita a sua inserção social, a sua realização pessoal e exercício da cidadania, tudo reforçando o isolamento social, uma situação económica precária, repercutindo-se na saúde e bem-estar da pessoa.

O aspecto sobre o qual focalizei mais a minha intervenção foi a saúde física que é uma área onde todos os participantes apresentavam problema. Os participantes mais velhos manifestam problemas mais ao nível da obesidade, hipertensão arterial, diabetes e cáries dentárias, confirmando os dados de vários estudos já mencionados. Estes problemas advêm de vários factores, nomeadamente da medicação anti-psicótica, do tipo de alimentação e do sedentarismo, tão típico nesta população. Os participantes mais novos apesar de não apresentarem problemas de saúde a este nível, apresentam comportamentos de risco que podem levar a situações graves de saúde, nomeadamente doenças sexualmente transmissíveis.

Se o uso de álcool parece não ser uma situação problemática, já o consumo de drogas está presente em quase todos os participantes. Não propriamente o uso de drogas ilícitas, mas sim o uso de tabaco, no entanto, neste momento, este não foi o alvo da minha intervenção porque nenhum deles estava motivado para deixar de consumir, porque usam o tabaco como distracção e forma de redução da ansiedade provocada pela situação de doença e para fazer face aos efeitos secundários da medicação.

Consulta Externa – Centro de Saúde

A articulação com o Centro de Saúde surge em dois sentidos, em primeiro lugar, promover a articulação da Consulta de Psiquiatria com as estruturas da Comunidade, favorecendo desta forma a *continuidade transversal* dos cuidados prestados à PDMG. Em segundo lugar, porque a população com DMG apresenta maior probabilidade de contrair uma doença orgânica que a população em geral (Hausswolff-Juhlin *et al.* (2009); Brown (1997 cit in Hausswolff-Juhlin *et al.*, 2009); Lichtermann *et al.* (2001)) e manifesta uma maior dificuldade em aceder aos cuidados de saúde, e neste sentido cabe aos Serviços facilitar este acesso (NICE, 2009).

Foi muito importante as minhas incursões ao centro de saúde, uma vez que, passei a conhecer a estrutura e dinâmica deste Serviço, e fiquei a conhecer quais os tipos de resposta em termos de cuidados de saúde, que possui o CSL. Neste sentido, mediante a avaliação das necessidades dos clientes da Consulta de Psiquiatria, saberei se posso ou não encaminhar para o CSL e com quem articular, promovendo assim a *continuidade transversal* dos cuidados.

Desta articulação fica uma relação de proximidade entre os Serviços, onde estão identificados os profissionais de referência em cada local.

Consulta Externa – Internamento

Segundo Pagliarini, F.C.; Perroca, M.G. (2008), o processo de planeamento da alta é constituído por quatro etapas: avaliação das necessidades do cliente; desenvolvimento do plano de alta; educação do cliente/família mobilizando os recursos e serviços necessários e encaminhamento para a comunidade. Analisando, à luz desta definição, as intervenções realizadas pelos enfermeiros do Serviço de Internamento – Piso 4, no que concerne ao processo de planeamento da Alta, obedecem a algumas destas etapas, nomeadamente a avaliação das necessidades do cliente e a educação do cliente mobilizando alguns recursos. No entanto, não existe nenhuma norma, nem nenhum instrumento que permita ou facilite o cumprimento das restantes etapas. Cada enfermeiro intervém segundo os seus conhecimentos e formação pessoal e interpessoal, não existindo uma uniformização no processo de planeamento da alta do cliente, entre a equipa de enfermagem.

Além disso, através da aplicação do questionário pude concluir que os enfermeiros, reconhecem a importância do planeamento da alta do cliente para garantir a continuidade dos cuidados, no entanto parece existir uma desmotivação entre os enfermeiros que relacionam com a falta de comunicação em equipa multidisciplinar. Atribuem a dificuldade do planeamento da alta, a uma inexistência de documentos de partilha de informação, à ausência de articulação com as estruturas da comunidade e ao desconhecimento das estruturas da comunidade. Identificam a formação a este

nível como necessidade bem como, a elaboração de planos de cuidados individualizados para cada cliente para garantir a qualidade e continuidade dos cuidados. Foi bastante frisada a falha na comunicação multidisciplinar, sentida como um obstáculo na preparação da alta. A informação nem sempre circula entre a equipa o que não favorece a continuidade. Segundo Yamashita, Forchuk & Mound (2005), a comunicação entre os pares facilita a promoção da continuidade de cuidados. Assim, é essencial a partilha de informações tanto a nível transversal como a nível longitudinal, para se sejam prestados os cuidados de acordo com as necessidades dos clientes e de uma forma continuada. Os participantes de um estudo realizado pelos autores, identificam os canais de comunicação entre os prestadores de serviço, como primordial, para evitarem que os clientes caiam nas “ranhuras” do sistema.

Quanto à opinião dos clientes, foi notória a sua dificuldade em se projectarem no futuro e se exprimirem quanto ao processo de readaptação às suas vidas no pós-alta. Apesar de se mostrarem um pouco ambíguos face ao futuro, identificam facilmente as suas necessidades/problemas, como por exemplo o isolamento social, o governar a casa, as actividades recreativas, a actividade laboral, a adesão a consultas médicas regulares, todavia demonstram ausência de estratégias de resolução destes problemas.

Curiosamente mostram-se bastante hesitantes quanto ao que, na sua opinião, os profissionais de saúde poderiam fazer para os ajudar a resolver os seus problemas. Para este grupo de clientes as intervenções dos profissionais de saúde parecem restringir-se ao internamento, a consultas médicas e intervenções farmacológicas, não estando informados das restantes terapias e intervenções psicossociais, actualmente recomendadas pelas *guidelines*. Aspecto que me interpelou quanto às competências de enfermeiro especialista no que concerne à educação para a saúde e psicoeducação, da responsabilidade e do dever de informar e explicar ao cliente a sua doença e as diferentes formas de tratamento. Faz-me pensar que provavelmente necessito de investir mais na função de educação e de guia perante o cliente, o que implica, identificar o momento apropriado para o cliente receber e criticar a informação, ajudar o cliente a perceber as implicações da sua doença e nos seus estilos de vida,

explicar os tratamentos e qual a sua razão de ser, abordar o tema da doença sem constrangimentos nem tabus, mas incutindo esperança.

A produção dos documentos de articulação, surgem na linha da garantia da continuidade dos cuidados a nível transversal, ou seja um meio de comunicação entre Consulta e Internamento. O objectivo é transmitir a informação necessária para que os cuidados sejam prestados de uma forma continuada, no sentido de dar resposta às necessidades do cliente, mesmo que este passe de um nível de cuidados para outro.

Penso que as formações em Serviços foram de alguma utilidade para os enfermeiros, no sentido em que tentei dar resposta a algumas das suas necessidades ao nível dos conhecimentos do planeamento da alta e das intra-estruturas da comunidade para esta população.

4.5. Contributo para o desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista

Um dos objectivos deste estágio era através evidência científica e através da prática clínica adquirir competências do enfermeiro especialista. Como tal durante as minhas intervenções tentei sempre ter bem presente as competências do enfermeiro especialista e muito concretamente as competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. Deste modo passo a fazer uma reflexão relativamente a cada uma das competências específicas.

“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto — conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.”

Foi muito importante mas também muito difícil, a tomada de consciência de mim própria enquanto pessoa e profissional. Foi um percurso longo, no qual ainda tenho muito caminho pela frente. Nem sempre foi fácil distinguir as emoções e sentimentos que resultavam das relações estabelecidas com os clientes e familiares. Gerir os processos de transferência e contra-transferência com determinados clientes é muito

complexo porque nem sempre é fácil separar o *eu* enfermeira do *eu* pessoa. Porque o enfermeiro também é uma pessoa com sentimentos e com uma história de vida por detrás da farda de profissional. Este facto, leva a que muitas vezes façamos juízos de valor e que desencadeiam processos de contra-transferência, colocando em causa a relação terapêutica prejudicando a nossa intervenção.

Apesar de tudo, e apesar de ser um processo muito difícil, o do auto-conhecimento, tomarmos consciente das nossas dificuldades e das nossas fraquezas, penso que consegui adquirir esta competência através da reflexão com as minhas orientadoras e da prática interventiva com os clientes.

“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental.”

Penso ter alcançado esta competência através da experiência como terapeuta de referência. Ao longo das sessões tive a oportunidade de entrevistar os clientes e questionar acerca da sua história de vida e de saúde/doença, identificando aspectos importantes para a sua recuperação. Para a identificação das necessidades, utilizei o CAN, que me ajudou a sistematizar a avaliação e a uniformizar entre eles. O facto de terem idades, culturas e estatutos sociais diferentes, ajudou-me a adaptar e adquirir diferentes técnicas de comunicação.

Um contributo muito importante foi a elaboração de um formulário de colheita de dados, que não existia no Serviço, e que serviu para conduzir as minhas entrevista, podendo desta forma comparar e perceber o quão diferentes as pessoas são umas das outras. Apesar de terem uma doença em comum, as suas vidas são e foram muito diferentes.

Ao identificar as necessidades dos clientes tive a oportunidade verificar o quanto a doença e os seus sintomas interferem na sua qualidade de vida e bem-estar. Enquanto enfermeira especialista, sei que posso ajudar a pessoa a identificar e arranjar estratégias para colmatar essas necessidades, promovendo a sua saúde mental.

“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.”

A minha intervenção junto de cada um dos participantes foi no sentido de conhecer a pessoa e a sua história de vida, as relações familiares, as condições económicas e habitacionais e ainda o suporte social que possuem. Desta forma, e após um conhecimento mais alargado de cada um dos participantes, pude fazer um levantamento dos diagnósticos de enfermagem (utilizando a CIPE) consoante as necessidades de cada um, necessidades estas que foram identificadas através da escala de Avaliação das Necessidades de Camberwell (CAN).

A utilização de instrumentos de avaliação e sistemas de taxionomia standardizados para os diagnósticos de enfermagem foram bastante úteis, uma vez que me permitiu sustentar e organizar a minha intervenção num plano individual de cuidados.

A articulação com serviços externos à Consulta de Psiquiatria, nomeadamente o Centro de Saúde do Lumiar, foi bastante importante, uma vez que desta forma pude facilitar o acesso do cliente aos cuidados de saúde primários, sendo que esta população apresenta alguma dificuldade no acesso aos Serviços de Saúde.

A minha intervenção enquanto enfermeira especialista teve por base o modelo de TR, onde tive a oportunidade de avaliar, organizar, coordenar e integrar os serviços em benefício dos clientes, através da avaliação das necessidades dos clientes, da elaboração do plano de cuidados que me permitiu coordenar os cuidados e articular com estruturas da comunidade e encaminhar situações para outros profissionais especializados.

Foi também através da minha experiência como terapeuta de referência e através das estratégias promotoras da continuidade dos cuidados, nomeadamente, a articulação com o Centro de Saúde e com o Serviço de Internamento, que promovi a continuidade longitudinal e transversal dos cuidados.

“Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”

Alcansei esta competência com a implementação do plano de cuidados que tinha como objectivo recuperar/melhorar a saúde mental e física de cada um dos clientes.

Foi muito importante a utilização de técnicas de psicoeducação, a vários níveis, nomeadamente, na promoção do conhecimento acerca da doença e da saúde mental, ao nível dos estilos de vida saudáveis, gestão da medicação e comportamentos de risco.

Considereei a psicoeducação bastante importante na minha intervenção, no entanto, senti que em tão pouco tempo de estágio foi difícil alcançar os objectivos a que me propus, ou seja, por exemplo, pretendia que através da psicoeducação acerca de uma alimentação saudável e dos riscos para a saúde de uma alimentação desequilibrada, conseguia que o cliente adopta-se uma alimentação saudável. Na realidade não foi assim tão fácil, porque existe um inúmero conjunto de factores a rodear esta intervenção, cheguei à conclusão que mudar comportamentos é algo complexo e leva o seu tempo.

5. QUESTÕES ÉTICAS

A Enfermagem conduz a sua prática nos cuidados à pessoa, muitas vezes relacionados com o seu corpo, com a sua intimidade, com a sua família, com as suas dificuldades. A pessoa é vista de uma forma holística e como ser único, surgindo o dever e a obrigação de respeitar e defender a liberdade e dignidade da pessoa enquanto ser humano.

Desta forma, ao longo do meu estágio, guiei a minha conduta segundo o código deontológico da ordem dos enfermeiros, respeitando os princípios éticos e legais inerentes aos cuidados aos clientes, sem nunca os instrumentalizar.

Tendo sempre em vista, os valores humanos, do artigo 81º, do código deontológico, nas alíneas: (a) *Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação (...)*; (e) *Abster-se de juízos de valor (...)* (f) *Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa.*

Ao longo da minha intervenção tive sempre o cuidado de respeitar todos os princípios éticos, respeitando o dever de informação, desde o início todos os participantes foram informados do objectivo do projecto, obtendo assim o seu consentimento informado para participarem e desistirem da intervenção em qualquer momento do processo.

Foi respeitado o princípio da confidencialidade dos dados, sendo que em todo o relatório salvaguardo a identidade de todos os participantes, utilizando nomes fictícios. Porque os cuidados de enfermagem visam uma relação cooperativa entre o enfermeiro e o cliente, tentei defender a dignidade dos clientes respeitando a sua autonomia, permitindo que tomassem as decisões em relação ao seu tratamento.

O princípio do respeito da benevolência e de beneficência reflectiu-se no desejo real de ajudar, não receando a proximidade com a pessoa e procurando encontrar a distância certa com o outro.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Julgo com este estágio ter alcançado os meus objectivos de desenvolver estratégias promotoras da continuidade dos cuidados e adquirir competências ao nível do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

Foi uma experiência gratificante trabalhar com as estruturas da comunidade, nomeadamente o Centro de Saúde, fica o desejo de articular com outras estruturas e prestar cuidados, cada vez mais, na comunidade, junto das pessoas e das suas vidas.

Penso que, o modelo de TR, é um bom caminho, tanto na continuidade dos cuidados como na intervenção de enfermagem na organização e coordenação dos cuidados.

As limitações do trabalho prenderam com questões temporais, uma vez que com a intervenção do TR se pretendia uma avaliação das necessidades, organização do plano de cuidados e coordenação das intervenções.

As minhas intervenções prendiam-se maioritariamente na mudança de comportamento, no sentido de adoptarem estilos de vida saudáveis e adquirirem competências sociais, no sentido de melhorarem a sua qualidade de vida. Ou seja, mudanças de comportamento e aquisição de competência são resultados que se consigam obter em 3 meses, com a agravante de que os clientes só têm possibilidades económicas para deslocarem ao hospital uma vez por mês, no máximo duas.

Considero que a intervenção com o modelo de TR abrange uma concepção holística da saúde, fomenta a confiança da PDMG na equipa de saúde mental, promove a adesão ao tratamento e por essa via contribui para a prevenção de recaídas. Considerando que garantir a continuidade dos cuidados previne as recaídas, torna-se de todo importante desenvolver estratégias promotoras da continuidade dos cuidados.

Neste sentido, e numa perspectiva de desenvolvimento e continuidade do trabalho, seria pertinente continuar com as estratégias implementadas neste estágio,

nomeadamente a aplicação do modelo de TR, na continuidade longitudinal, os documentos de comunicação e partilha de informações entre Consulta e Internamento e a articulação com o Centro de Saúde, na continuidade transversal.

Importante seria ainda, para a melhoria da continuidade transversal, a articulação com os restantes Centro de Saúde e outras estruturas da comunidade.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLISON DB, FONTAINE KR, HEO M et al.- **The distribution of body mass index among individuals with and without schizophrenia.** In: J Clin Psychiatry (1999)
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP.** APE/IGIF. Versão Beta 2, Outubro 2002;
- ATTUX, C., QUINTANA, M. I., CHAVES, A. C. - **Weight gain, dyslipidemia and altered parameters for metabolic syndrome on first episode psychotic patients after six-month follow-up,** In: Revista Brasileira Psiquiatria, Brasil (2007);
- BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito.** Coimbra: Quarteto, 2001;
- BROWN, S - **Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis.** In: British Journal of Psychiatry. (1997)
- CASEY DE, HAUPT DW, NEWCOMER JW, HENDERSON DC, SERNYAK MJ, DAVIDSON M, *et al.* - **Antipsychotic induced weight gain and metabolic abnormalities: Implications for increased mortality in patients with Schizophrenia.** In: J Clin Psychiatry (2004);
- CAVALCANTI, M. T., DAHL, C.M., CARVALHO, M. C. A., VALÊNCIA, E. - **Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro,** In: Revista de Saúde Publica, vol. 43 (2009);
- CCE, - **Livro Verde.** Bruxelas, (2005);
- CMSA – **Case Management and Community Care – A Discussion Paper.** Austrália: CMSA. 2006;
- CONNOLLY M, KELLY C. - **Lifestyle and physical health in schizophrenia.** In: Adv Psychiatr Treat. (2005);
- DALERY, J., D'AMATO, T. - **A Esquizofrenia: Investigações Actuais e Perspectivas.** Lisboa. Climepsi Editores. (2001);
- DECRETO-LEI nº8/2010, **Diário da República, 1.ª série, N.º 19** — 28 de Janeiro de 2010;
- DECRETO-LEI nº 109/2006, **Diário da República, 1ª SÉRIE-A, N.º 109** —6 de Junho de 2006;
- DGS. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. **Relatório de Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e**

- Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016.** Lisboa. DGS, 2007;
- DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1995
- DGS. - **Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental.** DGS, Lisboa. (2004);
- DURKEHIM, P – **L’Education Morale.** Paris: PQF., 1963;
- FORTNEY,J. SULLIVAN,G., WILLIAMS, K., JACKSON, C., MORTON, SC., KOEGEL, P - **Measuring Continuity of Care for Clients of Public Mental Health Systems.** In: HSR: Health Services Research 38:4 (2003);
- GAGO, Joaquim – **Avaliação de Necessidades em Reabilitação Psicossocial.** Lisboa: Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, 1996. Tese de Mestrado;
- GILBERT, D.G.; MCCLERNON, F.J.; GILBERT, B.O. – **The Psychology of the Smoker.** In: Bolliger, c. t.; fagerström, ko (eds.): The Tobacco Epidemic. Prog Respir Res 28. (1997);
- GOFF, D.C.; HENDERSON, D.C.; AMICO, E. – **Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects.** In: J Psychiatry nº149. (1992);
- GOPALASWAMY, A.K.; MORGAN, R. – **Smoking in chronic schizophrenia (letter).** In:Br J Psychiatry 149. (1986)
- GONÇALVES, A., CARVALHO, G.S. – **Os Tempos Livres e os Quotidianos na definição de Estilos de Vida de Jovens Rurais e Urbanos: Influência da escolarização e dos recursos comunitários.** Braga: Universidade do Minho, s/data;
- HAUSSWOLFF-JUHLIN Y, BJARTVEIT M, LINDSTRO“M E, JONES P. - **Schizophrenia and physical health problems.** In: ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA,nº 119. (2009);
- HENDERSON L, IRVING K, GREGORY J - **The National Diet and Nutrition Survey: Adults Aged 19 to 64 Years.** In:The Stationery Office, London. (2003);
- HERRÁN , A.; SANTIAGO, A.; SANDOYA, M.; FERNÁNDEZ, M.J.; DÍEZMANRIQUE, J.F.; VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L. – **Determinants of smoking behaviour in outpatients with schizophrenia.** In: Schizop Res. Nº 41. (2000)

- HERRICK, C. A., BARTLETT, R. - **Psychiatric nursing case management: past, present, and future**, In: Issues in Mental Health Nursing, 25, Taylor&Francis healthsciences; (2004).
- HUGHES, J.R.; HATSUKAMI, D.K.; MITCHELL, J.E.; DAHLGREN, L.A. – **Prevalence of smoking among psychiatric outpatients**. In: J Psychiatry. Nº 143: (1986);
- JACOB, R., CHOWDHURY, A. N. - **Metabolic - Comorbidity in Schizophrenia**. In: Indian Journal of Medical Sciences, Vol. 62, No. 1, (2008);
- JOHNSON S, PROSSER D, BINDMAN J, SZMUKLER G - **Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures**. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.(1997);
- KAPLAN e SADOCK - **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. (9ª ed.) São Paulo: Artmed. p.507-567. (2007);
- LEI DE SAÚDE MENTAL nº 36/98, Diário da República, 1ª Série, nº 36 – 24 de Julho de 1998;
- LICHTERMANN, D., EKELUND, J., PUKKALA, E., TANSKANEN, A., LÖNNQVIST, J.- **Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives**. In: Archives of General Psychiatry. (2001);
- LUMBY B; - **Guide Schizophrenia patients to better physical health Nurse** In: The Nurse Practitioner, vol. 32, nº 7 (2007);
- MÂNICA, G., TESSMER, L., - **Terapeuta de Referência: uma visão referenciada por profissionais de saúde mental**, In: Revista Hosp, vol 5, nº2, São Paulo; (2007);
- Manual da Consulta de Psiquiatria, elaborado por alunos de enfermagem com supervisão da Enfermeira Chefe Mª Lurdes Almeida e Costa, 2006;
- McCLOUGHEN, A. **The association between schizophrenia and cigarette smoking: a review of the literature and implications for mental health nursing practice**. In: Int J Ment Health Nurs 12(2). (2003);
- MCCREADIE RG, - **On behalf of the Scottish Schizophrenia Lifestyle Group. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia**. In: Br J Psychiatry (2003)
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE *CLINICAL - Guideline 82. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update)*. London: NICE, (2009);

- OE - **Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise de Casos.** Edição da Ordem dos Enfermeiros. (2005);
- OE – **Divulgar: Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais.** Lisboa: OE, 2003;
- OE – **Divulgar: Padrões da qualidade dos Cuidados Gerais.** Lisboa: OE, 2001
- OE - **Modelo de desenvolvimento Profissional.** Caderno Temático. (2009);
- OLIVEIRA G. L., CAIAFFA W. T., CHERCHIGLIA M. L., - **Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG,** In: Rev Saúde Pública; vol. 42. (2008);
- OMS - **Relatório saúde mental: nova concepção, nova esperança,** (2001);
- ORNELAS, José. – **Psicologia Comunitária: origens, fundamentos e áreas de intervenção.** In: Analise Psicológica, 3 (1997);
- PACK, S - **Poor physical health and mortality in patients with schizophrenia.** In: Nursing Standard. (2009);
- PAGLIARINI, F.C., PERROCA M.G. - **Uso de instrumentos de classificação de pacientes como norteador do planeamento de alta de enfermagem.** In: Acta Paul Enferm nº 21(2008);
- PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Loures. Lusociência,(2002)
- PHELAN, M., STRADINS, L., MORRISON, S. - **Physical health of people with severe mental illness.** In: British Medical Journal. (2001);
- PIRES, A. P. B - **Ética e Cuidar em Enfermagem,** In: Revista Sinais Vitais, nº 72, Lisboa (2008);
- PRATA, Isabel. – **Terapeuta de Referência – Espécie em vias de Renascimento.** In: Revista Toxicodependências. Edição IDT, Vol 14, nº 2, (2008);
- RAPLEY, M. - **Quality of Life Research: a critical introduction.** London: SAGE Publications. (2003);
- RIBEIRO, J. L. P. - **Escala de Satisfação com o Suporte Social.** In: Análise psicológica, 3 (1999);
- ROBSON D, GRAY R. - **Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper.** In: International Journal of Nursing Studies. (2007);
- ROCHER, G – **Sociologia Geral. Acção Social.** Lisboa: Editorial Presença. 1989;

- RONDINA, R. C., GORAYEB, R., BOTELHO, C – **Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos**. In: Revista Psiquiátrica Clínica. São Paulo. nº 30. (2003)
- SEQUEIRA, A., LOPES, J. – **Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efectiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência**. In: Revista Toxicodependências. Edição IDT, Vol 15, nº 1, (2009);
- SMITH R - **‘Gissa job’: the experience of unemployment**. In: British Medical Journal. (1985);
- STUART, G.W, LARAIA, M.T – **Enfermagem Psiquiatria: Princípios e Prática**. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001;
- TEIXEIRA, P. J. R.; ROCHA, F. L.. - **Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais**. In: Revista Psiquiatria Clínica, nº 34. (2007);
- TOSH,G.,CLIFTON, A., MALA, S., BACHNER, M. – **Physical health care monitoring for people with serious mental illness**. In: Cochrane Database of Systematic Reviews (2010)
- UZUN, Ö.; CANSEVER, A.; BASOGLU, C.; ÖZSAHIN, A.; - **Smoking and substance abuse in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up study in Turkey**. In: Drug & Alcohol dependence, vol. 70, 2 (2003);
- WHITE J., GRAY R. & JONES M. - **The development of the serious mental illness physical Health Improvement Profile**. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing nº 16. (2009);
- WHO. - **Mental health: new understanding, new hope**. World Health Report 2001. Geneva: World Health Organization, 2001.
- YAMASHITA, M. FORCHUK, C., MOUND, B – **Nurse Case Management: Negotiating Care Together Within a Developing Relationship**. In: Perspectives in Psychiatric. Vol. 41, nº 2. (2005);

ANEXOS